

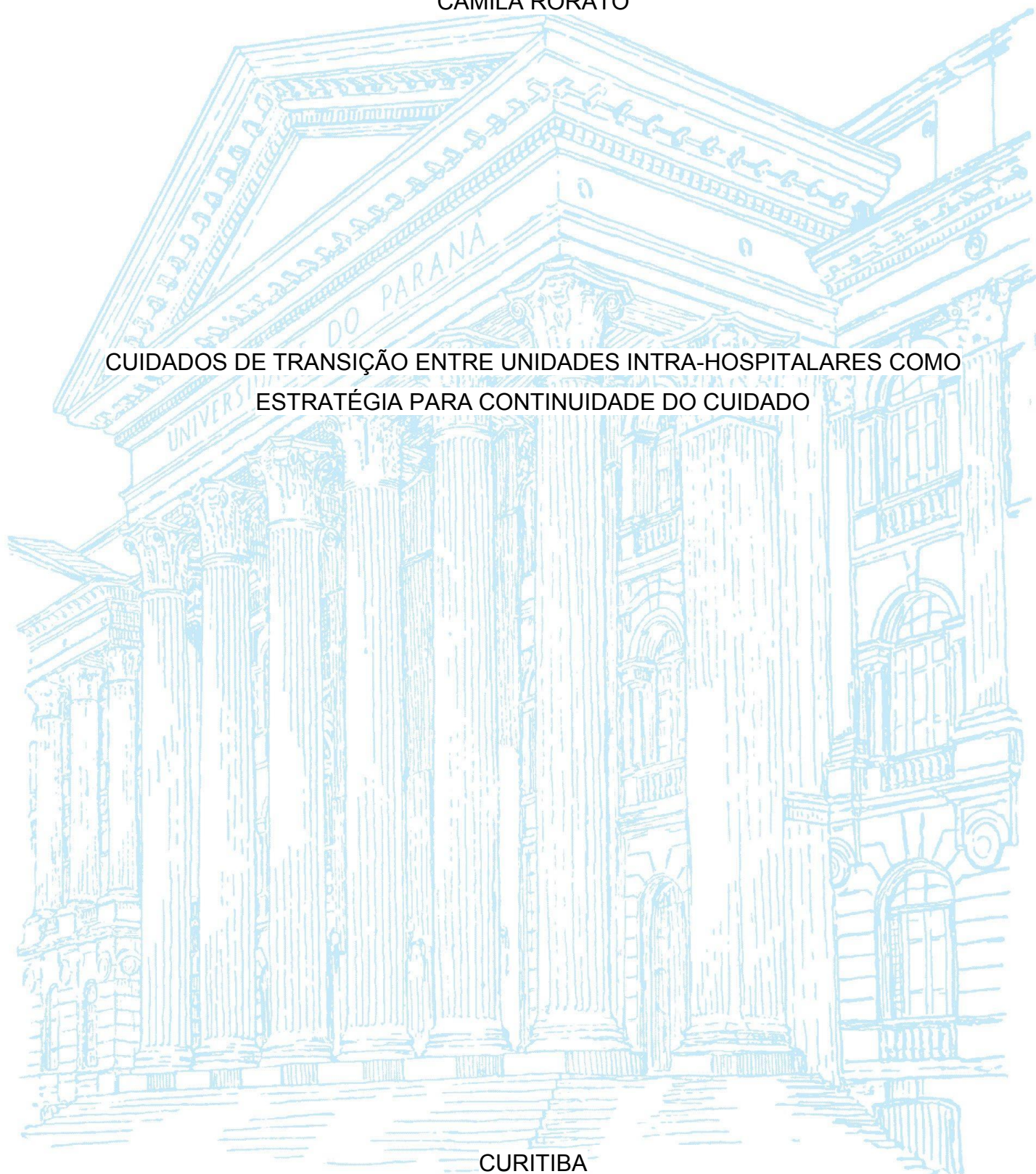
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CAMILA RORATO

CUIDADOS DE TRANSIÇÃO ENTRE UNIDADES INTRA-HOSPITALARES COMO
ESTRATÉGIA PARA CONTINUIDADE DO CUIDADO

CURITIBA

2021



CAMILA RORATO

CUIDADOS DE TRANSIÇÃO ENTRE UNIDADES INTRA-HOSPITALARES COMO
ESTRATÉGIA PARA CONTINUIDADE DO CUIDADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Prática do Cuidado em Saúde, do Setor Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Gerenciamento dos Serviços de Saúde e de Enfermagem do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS).

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elizabeth Bernardino

CURITIBA

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Rorato, Camila

Cuidados de transição entre unidades intra-hospitalares como estratégia para continuidade do cuidado [recurso eletrônico] / Camila Rorato – Curitiba, 2021.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Bernardino

1. Administração de serviços de saúde. 2. Continuidade de assistência ao paciente. 3. Cuidado transicional. 4. Planejamento de assistência ao paciente. 5. Planejamento antecipado de cuidados. I. Bernardino, Elizabeth. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 362.11068

Maria da Conceição Kury da Silva CRB 9/1275

TERMO DE APROVAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PRÁTICA DO CUIDADO
EM SAÚDE - 40001016073P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PRÁTICA DO CUIDADO EM SAÚDE da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **CAMILA RORATO** intitulada: **"Cuidados de transição entre unidades intra-hospitalares como estratégia para continuidade do cuidado"**, sob orientação da Profa. Dra. ELIZABETH BERNARDINO, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 29 de Junho de 2021.

Assinatura Eletrônica

01/07/2021 15:10:42.0

ELIZABETH BERNARDINO

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

03/07/2021 14:21:59.0

CREMLDE APARECIDA TRINDADE RADOVANOVIC

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)

Assinatura Eletrônica

06/07/2021 14:17:21.0

LUCIANA SCHLEIDER GONÇALVES

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Rua Prof. Lothário Meissner - Curitiba - Paraná - Brasil

CEP 80060-000 - Tel: (41) 3361-3626 - E-mail: mestrado@profissionaisenfermagem@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 99036

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 99036

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Maria e Valmir** por terem me incentivado desde sempre aos estudos, por todo amor e esforço feito para nos garantir educação de qualidade.

À minha irmã, **Ana Carolina** meu exemplo de mulher, mãe e profissional. Minha melhor amiga e incentivadora.

Ao meu sobrinho **Lucas**, que trouxe mais vida à minha vida.

Ao meu grande amigo, parceiro e grande amor **Guilherme**, que me estimula sempre a querer mais, a vida ao seu lado é uma linda caminhada que fazemos de mãos dadas.

À minha orientadora **Prof.^a Dra. Elizabeth Bernardino**, pela paciência, empatia, generosidade e contribuição para a construção desta pesquisa. Sua trajetória profissional e acadêmica são inspirações para toda a Enfermagem.

À banca examinadora **Prof.^a Dra. Luciana Schleder Gonçalves, Prof.^a Dra. Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic e Prof.^a Dra. Aline Marques Acosta** pelas considerações e por enriquecer este trabalho com suas contribuições.

Aos membros do **Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Prática em Saúde (GPPGPS)** da Universidade Federal do Paraná, pelas preciosas discussões, sempre atuais.

À **Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Prática do Cuidado e Saúde (PPGPCS)**, por investir na qualidade da formação dos profissionais e por acreditar na intervenção e no melhoramento em serviço como produto.

Às **minhas queridas amigas e colegas da turma 2019/2021 do Programa de Pós-Graduação em Prática do Cuidado e Saúde**, pela força, incentivo, estudos, além de muitas risadas que compartilhamos.

Aos **profissionais, estudantes e professores do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná** pelo incansável trabalho em prol da assistência de excelência e luta pela valorização do Sistema Único de Saúde.

Aos **meus queridos amigos** de longe e de perto, por terem me entendido durante os períodos de ausência e me apoiado nos momentos importantes.

EPÍGRAFE

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar em uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

(Carl Jung)

RESUMO

INTRODUÇÃO: Cuidados de transição são definidos como um conjunto de ações destinadas a garantir a coordenação e continuidade do cuidado. Durante as transições, podem ocorrer lacunas que contribuem para o cuidado de baixa qualidade e aumento dos custos de internação, além de representar uma fonte de erros médicos e fragmentação do cuidado e, podem resultar em danos aos pacientes. **OBJETIVOS:** (i) Verificar a percepção dos profissionais de saúde sobre cuidados de transição; (ii) Elaborar *checklist* para transição de pacientes entre unidades. **MÉTODO:** Pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, com participação de 20 profissionais de saúde de unidades de internação e terapia intensiva de um Hospital Universitário de Curitiba-PR. A obtenção de dados foi realizada por meio de questionário eletrônico e a análise dos dados a partir da Análise Temática proposta por Braun e Clarke, como ferramenta de apoio foi utilizado o *software* Iramuteq®. **RESULTADOS:** a percepção dos participantes é prioritariamente negativa sobre o processo de transição, os participantes desconhecem protocolos estabelecidos para a transferência de pacientes na instituição, consideram a equipe multidisciplinar essencial para a segurança das transições, consideram que um *checklist* tem potencial para proporcionar transições mais seguras. Foi elaborado uma *checklist* de transferência interna de pacientes como produto da presente pesquisa com 40 itens. **CONCLUSÃO:** Os objetivos da pesquisa foram atingidos a partir da verificação da percepção dos profissionais de saúde acerca das transições propondo reflexões e possibilidades de novas pesquisas e, na elaboração de um *checklist* para transferência interna de pacientes. No campo da enfermagem, pôde ser verificado o protagonismo da enfermagem nos processos de transição. A revisão de literatura abordou ferramentas com potencial de auxiliar em processos mais seguros para pacientes, familiares e profissionais.

Palavras-chave: administração de serviços de saúde; continuidade da assistência ao paciente; cuidado transicional; planejamento antecipado de cuidados; planejamento de assistência ao paciente.

ABSTRACT

BACKGROUND: Transitional care is defined as a set of actions designed to ensure coordination and continuity of care. During transitions, gaps can occur that contribute to low-quality care and increased inpatient costs, and represent a source of medical errors and fragmentation of care, and can result in patient harm. **AIMS:** (i) To verify the perception of health professionals about transitional care; (ii) To elaborate a checklist for transitioning patients between units. **METHOD:** Exploratory research with a qualitative approach, with the participation of 20 health professionals from inpatient and intensive care units of a University Hospital in Curitiba-PR. Data collection was performed using an electronic questionnaire and data analysis was based on Thematic Analysis proposed by Braun and Clarke, using the Iramuteq® software as a support tool. **RESULTS:** the participants' perception is mostly negative about the transition process, participants are unaware of established protocols for patient transference in the institution, consider the multidisciplinary team essential for safe transitions, consider that a checklist has potential to provide safer transitions. An internal patient transfer checklist was developed as a product of this research with 40 items. **CONCLUSION:** The research aims were achieved from the verification of the perception of health professionals about the transitions, proposing reflections and possibilities for further research, and in the development of a checklist for internal transference of patients. In the field of nursing, the protagonism of nursing in transition processes could be verified. The literature review addressed tools with the potential to assist in safer processes for patients, families and professionals.

Keywords: health services administration; continuity of patient care; transitional care; advance care planning; patient care planning.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| FIGURA 1 - TIPOS DE TRANSIÇÃO | 23 |
| FIGURA 2 - TIPOS DE CONTINUIDADE DO CUIDADO | 30 |
| FIGURA 3 - INTERVENÇÕES PRÁTICAS PARA CONTINUIDADE DO CUIDADO | 32 |
| FIGURA 4 - DOMÍNIOS PARA TRANSIÇÃO SEGURA | 38 |
| FIGURA 5 - APLICAÇÃO DO SOAP | 42 |
| FIGURA 6 - FERRAMENTA SBAR E EXEMPLIFICAÇÃO | 43 |
| FIGURA 7 - RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA | 45 |
| FIGURA 8 - ETAPAS DA PESQUISA | 47 |
| FIGURA 9 – DENDROGRAMA DE CLASSES | 63 |
| FIGURA 10 - NUVEM DE PALAVRAS | 64 |
| FIGURA 11 - ANÁLISE DE SIMILITUDE | 65 |
| FIGURA 12 - DENDROGRAMA COM OS PRINCIPAIS ST | 66 |
| FIGURA 13 - PRODUTO DA PESQUISA | 74 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| GRÁFICO 1 - PRINCIPAIS INFORMAÇÕES REPASSADAS..... | 61 |
| GRÁFICO 2 - PRINCIPAIS INFORMAÇÕES RECEBIDAS | 62 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| TABELA 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES | 59 |
|---|----|

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| QUADRO 1 - COMPONENTES DO TCM | 36 |
| QUADRO 2 - INFORMAÇÕES ESSENCIAIS NA TRANSFERÊNCIA | 40 |
| QUADRO 3 – REPRESENTAÇÃO DA METODOLOGIA DE PESQUISA | 56 |

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária em Saúde

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CFM – Conselho Federal de Medicina

CHC-UFPR - Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

CHD – Classificação Hierárquica Descendente

COFEn – Conselho Federal de Enfermagem

CTSI – Centro de Terapia Semi Intensiva

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ESF – Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IRAMUTEQ® - *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*

IPCHS - *Integrated People-Centred Health Services*

NIR – Núcleo Interno de Regulação

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PSE – Processo Seletivo Emergencial

RAS – Redes de Atenção à Saúde

ST – Segmento de Texto

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCM – *Transitional Care Model*

UFPR – Universidade Federal do Paraná

UPENN – Universidade da Pensilvânia

URA – Unidade de Riscos Assistenciais

USP – Universidade de São Paulo

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| APRESENTAÇÃO | 16 |
| 1. INTRODUÇÃO | 17 |
| 2. OBJETIVOS | 21 |
| 3. REFERENCIAL TEÓRICO | 22 |
| 4. REVISÃO DE LITERATURA | 26 |
| 4.1 A CONTINUIDADE DO CUIDADO | 26 |
| 4.2 CUIDADOS DE TRANSIÇÃO E ASPECTOS OPERACIONAIS | 33 |
| 5. MÉTODO | 47 |
| 5.1 TIPO DE ESTUDO | 48 |
| 5.2 CENÁRIO DO ESTUDO | 48 |
| 5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO | 49 |
| 5.3.1 Critérios de Inclusão | 49 |
| 5.3.2 Critérios de Exclusão | 50 |
| 5.4 COLETA DE DADOS | 50 |
| 5.5 ANÁLISE DE DADOS | 53 |
| 5.6 ASPECTOS ÉTICOS | 57 |
| 6. RESULTADOS | 59 |
| 6.1 Percepção dos participantes quanto aos cuidados de transição | 60 |
| 6.1.1 A multidisciplinaridade como ferramenta de cuidados de transição | 66 |
| 6.1.2 Ferramentas necessárias para efetivação dos cuidados de transição | 68 |
| 6.1.3 Comportamentos e ações necessárias para transição segura | 69 |
| 6.2 Produto da pesquisa: <i>Checklist</i> de transferência interna de pacientes | 72 |
| 7 DISCUSSÃO | 75 |
| 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 82 |
| REFERÊNCIAS | 84 |
| APÊNDICE A | 91 |
| APÊNDICE B | 92 |
| APÊNDICE C | 95 |
| APÊNDICE D | 96 |
| APÊNDICE E | 98 |
| ANEXO 1 | 99 |

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória acadêmica se iniciou em 2005 com a admissão na Universidade Estadual de Maringá no curso de Enfermagem. Durante a graduação, tive oportunidade de vivenciar as mais diversas atuações que são pertinentes ao profissional enfermeiro, mas sempre entendi as habilidades gerenciais e o gerenciamento dos serviços como peças fundamentais para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade ao paciente.

Quando da minha entrada no Programa de Pós-Graduação Prática do Cuidado e Saúde, à época chamado de Mestrado Profissional em Enfermagem, pude ter contato com profissionais e professoras com a mesma visão da profissão, empenhadas em transformar a Enfermagem.

A assistência e o gerenciamento são atividades indissociáveis e interdependentes, e neste prisma tracei minha carreira como enfermeira. Durante os anos de trabalho e variados locais e setores, pude observar que existem muitas lacunas nos processos de transferência de pacientes e que estes ocorrem por uma variedade de causas, mas foi com o estudo sobre os Cuidados de Transição e a Continuidade do Cuidado que compreendi o quanto pode ser feito em todos os níveis de assistência para proporcionar cuidado de qualidade.

Neste sentido, o estudo desses temas foi de fundamental importância para o atingimento dos objetivos pessoais, profissionais e acadêmicos que estabeleci ao entrar no Programa de Pós-Graduação, de crescimento, amadurecimento, construir novos conhecimentos e a oportunidade de ter uma atuação diferencial como enfermeira.

Este estudo se insere no projeto de Pesquisa “Da admissão a alta: conceitos e estratégias para ações de continuidade do cuidado em Enfermagem em hospital de ensino” do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS) do Programa de Pós-Graduação em Prática do Cuidado e Saúde da Universidade Federal do Paraná.

1 INTRODUÇÃO

Cuidados de transição são definidos como um conjunto de ações destinadas a garantir a coordenação e continuidade do cuidado, quando os pacientes experimentam uma mudança no estado de saúde, nas necessidades de cuidados, dos profissionais de saúde, em diferentes locais ou em diferentes níveis de cuidados do mesmo local (CHICK; MELEIS, 1986; HIRSCHMAN *et al.*, 2015; NAYLOR, M.; KEATING, 2008; PARSONS LEIGH *et al.*, 2016; SOTO *et al.*, 2018)

Durante as transições, podem ocorrer lacunas na continuidade do cuidado, com potencial para desfechos insatisfatórios. As transições inadequadas foram identificadas como um dos principais contribuintes para o cuidado de baixa qualidade e aumento dos custos de internação de modo geral, além de representar uma fonte relevante de erros médicos e fragmentação do cuidado e, podem resultar em danos aos pacientes. Transições saudáveis dependem não apenas da natureza da transição, mas também das condições pessoais e ambientais existentes (NAYLOR, M. D. *et al.*, 2018; NAYLOR, M.; KEATING, 2008; PARSONS LEIGH *et al.*, 2016).

Desta forma, há vários pontos nos quais os processos de cuidado podem apresentar descontinuidades. Transições de baixa qualidade podem resultar em riscos para a segurança do paciente, em erros de medicação, descontinuidade nos planos de assistência e insatisfação do paciente com o cuidado recebido. Intervenções de cuidados de transição são aquelas que incentivam metas positivas de cuidados de saúde, especialmente para pessoas com necessidades complexas (HIRSCHMAN *et al.*, 2015; PARSONS LEIGH *et al.*, 2016).

A prestação de cuidados de saúde eficientes, seguros e econômicos entre os níveis de cuidado é de importância fundamental e se apresenta como um desafio. À medida que os indivíduos se deslocam no sistema de saúde, o modelo de atenção requer integração e cooperação entre uma multiplicidade de profissionais. (NAYLOR, M.; KEATING, 2008; SOTO *et al.*, 2018).

Ao adotar serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas, os sistemas de saúde têm capacidade de melhorar as transições, ter melhor custo/benefício nos processos de trabalho e capacidade de resposta para indivíduos e comunidades. A implementação de ferramentas para efetivar os cuidados de transição com ênfase na coordenação de ações entre os profissionais de saúde demonstram reduções nas readmissões hospitalares, desfechos mais positivos para o paciente, apoio ao

cuidador e diminuem o tempo de permanência no hospital (PETERS, 2017; SCOTT *et al.*, 2017).

Devido à tendência demográfica de envelhecimento da população, espera-se que o número de pacientes idosos continue a aumentar, com mais da metade da população idosa sofrendo de múltiplas comorbidades. Estes pacientes têm necessidades complexas de assistência à saúde que geralmente diferem das necessidades da população mais jovem, porém, a população mais jovem também sofre com as discontinuidades nos processos de transição (HOFFMAN *et al.*, 2017; YEAMAN; KO; ALVAREZ DEL CASTILLO, 2015; ZONNEVELD; RAAB; MINKMAN, 2020).

Estas transformações impõem desafios para todos os setores, trazendo a necessidade do ajuste da dimensão da oferta de serviços necessários para as próximas décadas. O aumento de idosos na população acarreta aumento da carga de doenças, em especial as Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2011). Neste sentido, estratégias de implantação de cuidados de transição intra-hospitalar e nas redes de atenção podem favorecer os pacientes com desfechos mais positivos e o próprio sistema dando mais celeridade nos atendimentos evitando o cerceamento dos acessos nos níveis secundários e terciários.

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) é feita a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que podem ser definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão e que buscam garantir o princípio da integralidade (BRASIL, 2010).

O Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR) se caracteriza como um hospital de atendimento terciário, ou seja, que possui estrutura tecnológica e instrumental técnico para o atendimento de casos da alta complexidade e consultas especializadas, e que realiza exames avançados de diagnóstico e procedimentos cirúrgicos, faz parte desta rede, realizando de forma regulada atendimentos ambulatoriais, que se apresentam como a principal porta de entrada do paciente (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2014). É um hospital totalmente inserido no SUS, ofertando 480 leitos, desde 2014 é gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública vinculada ao Ministério da Educação. O hospital é responsável por 51,7% dos leitos

SUS no estado do Paraná (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2014).

Estrategicamente a padronização do processo de transição do paciente hospitalizado entre unidades hospitalares pode influenciar na redução de falhas de comunicação e na readmissão dos pacientes de uma unidade para outra. As pesquisas anteriores nesta área tratam do desafio de identificar um consenso no desenvolvimento de instrumento de transferência entre profissionais de saúde de diferentes unidades (LIMA *et al.*, 2018; O'ROURKE *et al.*, 2018; PARSONS LEIGH *et al.*, 2016).

Neste contexto, a elaboração de um *checklist* para guiar a transição de pacientes pode ser uma ferramenta para reduzir as falhas apontadas pela literatura causadas pela não padronização de condutas nas transferências de pacientes dentro dos hospitais. O gerenciamento do cuidado em todos os níveis é uma questão fundamental para que se efetivem as políticas públicas e práticas que vão de cuidados intensivos até a atenção primária.

Além disso, novas formas de aperfeiçoar essas transições precisam ser identificadas, e é essencial iniciar um planejamento precoce da alta e educação do cuidador e do paciente ainda durante a internação hospitalar de modo a aumentar a segurança do paciente e oferecer assistência mais eficaz (LIMA *et al.*, 2018; PETERS, 2017). Os enfermeiros e demais membros da equipe multiprofissional estão atrelados à segurança do paciente e são responsáveis por evitar ou minimizar erros ligados à assistência em saúde e eventos adversos, além de serem repositórios de informação e geralmente coordenam informalmente todo esse processo (JONES; JOHNSTONE, 2019; PETERS, 2017; SCOTT *et al.*, 2017).

O CHC-UFPR é um hospital 100% regulado; assim os pacientes com perfil clínico mais complexo que apresentam agudizações são encaminhados para o hospital via Central de Leitos do município. Além desses casos, o hospital também recebe pacientes vinculados ao hospital até 30 dias de pós-alta e para alguns protocolos como Acidente Vascular encefálico (AVE), dor torácica, obstetrícia de alto risco, violência sexual funciona como porta aberta.

A porta de entrada é a Unidade Referenciada e os pacientes dependendo do estado clínico são internados nas unidades de internação e nas UTIs. Como acontece habitualmente em hospitais, os pacientes internados nas UTIs quando de alta, vão para as unidades de internação.

O perfil dos pacientes do Complexo é um paciente com até cinco comorbidades, que é acompanhado em ambulatórios de interespecialidades e que agudizam rapidamente e, portanto, usuários frequentes. A prevalência de DCNT, muitas vezes em idosos tornam mais complexos os cuidados na internação e no pós-alta.

Quando o paciente sai da UTI, em tese, apenas estabilizou a agudização e as condições que o levaram a ao quadro agudo permanecem, de forma que é necessário iniciar um planejamento antecipado de alta individualizado e a continuidade do cuidado se dará no hospital nas clínicas de internação, nos ambulatórios de acompanhamento e na Atenção Primária em Saúde (APS).

Nestes casos, o paciente necessita que seja planejada uma estratégia de continuidade no período de hospitalização uma vez que será neste contexto que ele será atendido nas suas necessidades.

Ocorre que a transição do paciente é realizada de forma superficial, não centrada no paciente e automática; não havendo, no momento, nenhum protocolo ou orientação formal para que as equipes compartilhem informações suficientes para a continuidade do cuidado nas unidades de internação.

Considerando que:

- a) os pacientes que internam no CHC-UFPR são majoritariamente clínicos e portadores de DCNT, com múltiplas comorbidades e possuem grande chance de desestabilização e agudização;
- b) o período de internação em unidades críticas ou de emergência é um momento de estabilização do paciente que sofre de agudização de doenças crônicas, porém, deve ser o início do processo de transição segura do paciente para outras unidades;
- c) a padronização de condutas e instrumentos é uma importante ferramenta para a segurança do paciente e continuidade do cuidado e sua implantação depende de como a equipe percebe este processo.

Desta forma, surge a **questão norteadora** deste estudo: Qual a percepção dos profissionais em relação aos cuidados de transição realizados entre unidades intra-hospitalares e quais são os componentes deste cuidado?

2 OBJETIVOS

- a) Verificar a percepção dos profissionais de saúde sobre cuidados de transição;
- b) Elaborar checklist para transição de pacientes entre unidades.

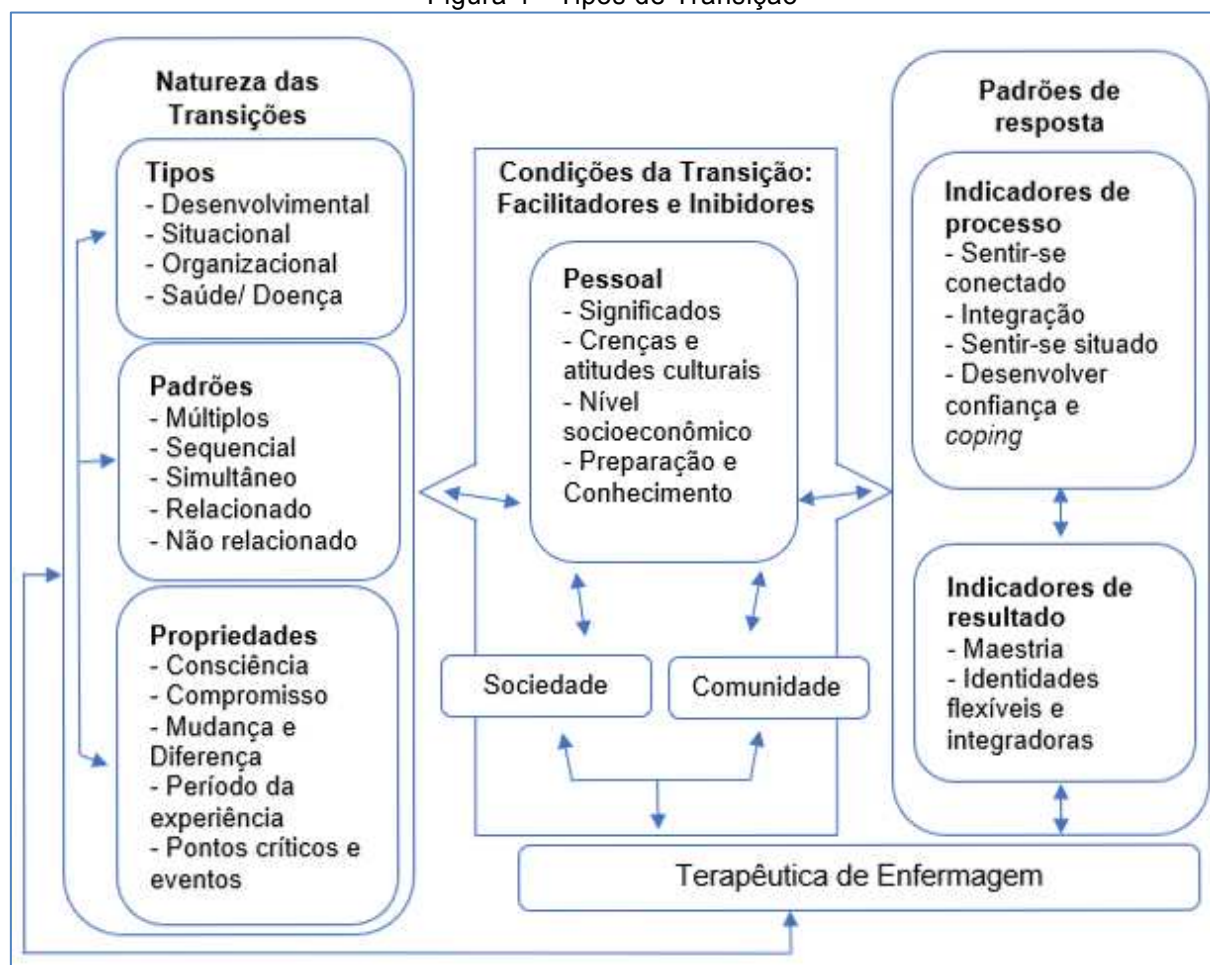
3 REFERENCIAL TEÓRICO

Na perspectiva da Teoria das Transições de Meleis (1986), pode-se definir os cuidados de transição como os cuidados prestados antes, durante e após a transferência de um paciente de uma determinada unidade para outra unidade de cuidados que visa garantir uma interrupção mínima e a continuidade do cuidado ideal para o paciente. Esse cuidado pode ser prestado por enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde (CHICK; MELEIS, 1986).

A Teoria das Transições de Afaf Meleis engloba tanto as continuidades quanto as descontinuidades no processo de vida do ser humano e é um conceito familiar entre teorias de desenvolvimento, de estresse e adaptação. Uma transição tende sempre a ser positiva e, para ser completa o paciente necessita atingir um nível de estabilidade maior do que possuía antes. A Transição é um processo, que gera um senso de movimento, fluxo e desenvolvimento e o início e o fim deste processo não são lineares, mas individuais e particulares (CHICK; MELEIS, 1986).

Esta teoria é composta pela natureza das transições (tipos, padrões e as propriedades); as condições da transição: facilitadores e inibidores (pessoais, sociedade e comunidade); os padrões de resposta (indicadores de processos e resultados) e pela terapêutica de enfermagem. O processo de transição é caracterizado por multidimensionalidade, diversidade, complexidade e singularidade no sentido que produzem abundância de significados, a depender da percepção do indivíduo e resultam de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes (CHICK; MELEIS, 1986). A Figura 1 representa as complexas dimensões das transições na visão das autoras.

Figura 1 - Tipos de Transição



Fonte: A autora (2021) Baseado em MELEIS (2010).

Segundo Chick e Meleis (1986), a transição desenvolvimental está associada a eventos de desenvolvimento individual ou familiar. Por exemplo, a passagem da infância à adolescência e o envelhecimento. A transição situacional está associada a eventos que exigem a definição ou redefinição do repertório de papéis do indivíduo ou família, como por exemplo a parentalidade, a perda de um membro da família ou a necessidade de assumir o papel de cuidador. A transição organizacional é associada a mudanças relacionadas com o ambiente social, político ou econômico, além de mudanças estruturais e/ou dinâmica de organizações. A transição saúde/doença se refere à mudança repentina no desempenho de um papel podendo ser exemplificado como o adoecimento, cronificação de uma doença ou o agravamento desta.

No que se refere aos padrões de transição, estas podem ser múltiplas, sequenciais, simultâneas, relacionadas ou não, demonstrando um padrão

multidimensional do processo de transição do indivíduo (CHICK; MELEIS, 1986; MELEIS, 2010).

Nas propriedades, o primeiro aspecto apresentado é a consciência, que é considerada uma característica fundamental para o início da transição, e é caracterizada pelo conjunto de respostas e percepções esperadas do indivíduo que vivencia a transição, pois a ausência desta indica que o indivíduo ainda não iniciou o processo de forma positiva. O compromisso é intimamente relacionado à consciência, pois entende-se que sem que o indivíduo tenha consciência do processo de transição a qual está envolvido, não é possível que se comprometa com as mudanças que estão ocorrendo em vários aspectos. Considerando que todas as transições desencadeiam mudanças é preciso identificar seus efeitos e significados com o objetivo de compreender o todo. A compreensão desta cadeia de eventos depende da exploração dos fenômenos relacionados à natureza, temporalidade, gravidade e expectativas pessoais, familiares e sociais (CHICK; MELEIS, 1986; COSTA, L., 2016; MELEIS, 2010).

Ainda tratando das propriedades da transição, a diferença compreende alternância de papéis, de identidade e em padrões de comportamento, sendo fundamentais para uma visão de si mesmo e do mundo, em vez de mudanças passageiras e superficiais. Em relação ao tempo de transição, todas as mudanças são caracterizadas por fluxo e movimento ao longo do tempo. O período de experiência da transição envolve o início do processo até que um grau de estabilidade maior seja atingido, nesse período o indivíduo tem a oportunidade de vivenciar estratégias e incorporá-las ao seu arcabouço de conhecimento. Grande parte das transições envolve pontos críticos e eventos, gerado pelos períodos de incerteza, ruptura da realidade e mudanças, sendo necessário um momento para que o indivíduo atinja estabilidade, estabeleça novas rotinas, estilo de vida e senso de autocuidado (CHICK; MELEIS, 1986).

Os fatores facilitadores e inibidores das transições são caracterizados por significados neutros, positivos ou negativos atribuídos aos eventos que precipitam a transição; as crenças e atitudes culturais, status socioeconômico, além da preparação e o conhecimento prévio podendo ser positivas ou negativas, e afetam o modo como cada pessoa lida com a transição. As condições da sociedade e da comunidade, como a existência de apoio familiar e social, de recursos instrumentais, de representação

social e de estereótipos, podem também dificultar ou facilitar a transição (CHICK; MELEIS, 1986; MELEIS, 2010).

Os padrões de resposta são determinantes para o sucesso da transição, a partir dos indicadores de processo e resposta é possível verificar se o indivíduo caminha para uma condição de bem-estar ou vulnerabilidade e risco. Os indicadores de processo incluem: sentir-se conectado, interação, sentir-se situado e desenvolver confiança e *coping*¹. À medida que os resultados são apreendidos percebe-se o reflexo positivo na qualidade de vida daqueles que estão passando pela transição. Para uma transição ser considerada completa, é preciso avaliar a natureza desta, além das causas ou eventos que geraram primeiramente a transição. Além disso, uma transição completa que gera maior grau de estabilidade que o nível anterior à transição depende do domínio de novas competências (Maestria) e do desenvolvimento de uma identidade flexível e integradora (CHICK; MELEIS, 1986; MELEIS, 2010).

A enfermagem quando provê uma assistência centrada no paciente, oferecendo cuidado nas necessidades reais dos indivíduos, respeitando suas escolhas, valores e propósitos fornece melhores chances de que o paciente passe pelas transições de forma positiva. A compreensão das propriedades e condições associadas ao processo de transição levará ao desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem que caminham junto com as experiências únicas dos indivíduos e suas famílias, promovendo respostas saudáveis à transição (CHICK; MELEIS, 1986; MELEIS, 2010).

¹ *Coping* pode ser definido como uma constante mudança cognitiva e esforços comportamentais para manusear específicas demandas externas e/ ou internas que são avaliadas como algo que excede os recursos da pessoa.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Para a constituição da revisão de literatura, realizou-se uma busca contemplando as temáticas: continuidade do cuidado, cuidados de transição, planejamento de alta. Para tanto, foi realizada busca nas seguintes bases de dados: *COCHRANE, SCIELO, PUBMED, WEB OF SCIENCE, SCOPUS E LILACS*. Também foram considerados livros, manuais e *guidelines* publicados acerca do tema pesquisado para uma pesquisa mais robusta. Para a busca nas bases de dados, a expressão utilizada combinou os termos presentes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e seus correspondentes no *Medical Subject Headings (MeSH)*: *continuity of patient care; transitional care; transitions of care; discharge planning; patient handoff; patient handover*.

4.1 A CONTINUIDADE DO CUIDADO

Em todo o mundo, as demandas resultantes do envelhecimento populacional são preocupações de sistemas de saúde tanto públicos quanto privados. No Brasil, a assistência à saúde da população é oferecida por meio SUS, um sistema gratuito e de cobertura universal que baseia suas políticas em ações integradas de promoção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 2016; GUEDES *et al.*, 2017).

Afim de qualificar os programas de saúde, políticas, ações, leis, portarias e resoluções, o SUS constantemente passa por processos de reestruturação e reconstrução seguindo os princípios e diretrizes estabelecidos (ARRUDA *et al.*, 2015; BRASIL, 1990).

Um dos princípios do SUS é a Integralidade, e pode ser definida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (ARRUDA *et al.*, 2015; BRASIL, 1990; KALICHMAN; AYRES, 2016). Desta forma, a Integralidade tem como objetivo garantir a atenção à saúde em todos os níveis de complexidade do sistema, trazendo o conceito de RAS e é a base para que sejam ofertadas ações articuladas e integradas de promoção à saúde, prevenção de doenças e reabilitação (BRASIL, 1990; PROTASIO *et al.*, 2014).

Segundo Guedes (2017), uma das dimensões da Integralidade é a observância do conceito ampliado em saúde, que deve dar atenção não só aos aspectos de doença, mas também aos aspectos sociais e psicológicos. O sistema de saúde deve estar preparado para atender ao paciente de forma integral, centrada no paciente e com foco não apenas curativo ou na resolução de situações agudas, pois esta abordagem pode gerar limitações no cuidado oferecido, inefetividade e aumento de gastos, sobretudo com aqueles indivíduos que apresentam condições crônicas, comorbidades ou fatores de risco (GUEDES *et al.*, 2017; SILVA, S. S. Da; ASSIS; SANTOS, 2017).

Um dos principais fatores de risco para internações hospitalares e mortalidade são as DCNT, que se apresentam como um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil e do mundo. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que as DCNT foram responsáveis por 71% de um total de 57 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2016 (BRASIL, 2020).

No Brasil, as DCNT têm representatividade relevante e se destacam de maneira semelhante, tendo sido responsáveis, em 2016, por 74% do total de mortes, com prevalência de doenças cardiovasculares (28%), neoplasias (18%), doenças respiratórias (6%) e diabetes (5%) (BRASIL, 2020).

Além da mortalidade causada pelas DCNT, ainda se observa o acometimento físico, gerando incapacidades, sofrimento psicológico, redução da qualidade de vida, além de impacto financeiro aos pacientes e suas famílias e ao sistema de saúde. Como efeito indireto à sociedade e ao governo, o impacto é causado pela redução de produtividade, perda de dias trabalhados e prejuízos ao setor produtivo (BRASIL, 2011; MALTA; SILVA JR, 2013; VERAS; GOMES; MACEDO, 2019).

Esta queda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes da presença de diabetes, doença cardiovasculares e acidente vascular encefálico (AVE) foram responsáveis por uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões, entre 2006 e 2015 (BRASIL, 2020).

Considerando a gravidade das DCNT e o impacto destas sobre os sistemas de saúde e a sociedade, foi realizada em 2011 uma reunião entre a Organização das Nações Unidas (ONU) e países-membros em busca de alinhamento de políticas globais sobre o tema. Como resultado, houve o comprometimento da criação e implantação de ações para barrar o aumento das DCNT, controlar fatores de risco com ações de prevenção e promoção à saúde adequada das populações. Em

conjunto às ações, foram determinados indicadores e metas de desempenho aos países-membro (BRASIL, 2011, 2020; MALTA; SILVA JR, 2013; VERAS; GOMES; MACEDO, 2019).

Como um importante membro da ONU, no mesmo ano o Brasil se comprometeu com a criação de um plano nacional com objetivos a serem cumpridos até 2022, priorizando as ações e investimento necessários, estabelecendo metas e compromissos assumidos pelo país para redução de fatores de risco e aumento de DCNT (BRASIL, 2011; MALTA; SILVA JR, 2013).

A Portaria nº483 de 01 de abril de 2014 regulamenta a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado e conceitua doenças crônicas como doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura.

Em linhas gerais, a portaria prioriza o acesso e acolhimento em todos os pontos de atenção, a humanização da assistência e o atendimento centrado no paciente. O componente hospitalar é tratado como estratégico, devido ao fato de atender às agudizações das DCNT, e ao alto custo das hospitalizações. Dentre os princípios se encontram o cuidado integral e em equipe multiprofissional, planos de alta realizados em conjunto pela equipe multiprofissional e referência e contrarreferência com a Atenção Básica (BRASIL, 2014).

Em revisão sistemática realizada por Suter (2009), foram identificados dez princípios universais para garantir a integralidade nos serviços de saúde como serviços abrangentes em todo o processo do cuidado; centralidade no paciente; equipes interprofissionais; sistemas de informação; maior cobertura geográfica e descentralização; gerenciamento de desempenho; cultura organizacional e liderança; integração médica; estrutura de governança e, gestão financeira.

Dentre os atributos para garantia da Integralidade encontra-se a continuidade do cuidado, que é definida como a relação entre um único profissional e um paciente que se estende além de episódios específicos de doença. Continuidade implica em um senso de afiliação entre pacientes e profissionais, muitas vezes expresso como um contrato implícito de lealdade pelo paciente e responsabilidade clínica pelo

profissional (HAGGERTY *et al.*, 2003; NÓBREGA *et al.*, 2017; UTZUMI *et al.*, 2018). De acordo com os autores, existem três dimensões para a continuidade do cuidado:

- Continuidade informacional: A informação é o elo entre os cuidados de um provedor para outro e de um evento de saúde para outro. As informações documentadas tendem a se concentrar nas condições médicas, mas o conhecimento sobre as preferências, valores e contexto social do paciente são igualmente importantes para unir eventos de cuidados separados e garantir que os serviços respondam a essas necessidades.
- Continuidade gerencial: é especialmente importante em doenças clínicas crônicas ou complexas em que há a necessidade de vários profissionais que poderiam potencialmente trabalhar com os mesmos propósitos. A continuidade é alcançada quando serviços são prestados de forma complementar e de maneira oportuna. Planos de gerenciamento compartilhados ou protocolos de cuidado facilitam a continuidade gerencial, proporcionando uma sensação de previsibilidade e segurança. A flexibilidade na adaptação dos cuidados às mudanças nas necessidades e circunstâncias do indivíduo é um importante aspecto da continuidade gerencial.
- Continuidade relacional: promove uma ponte não apenas dos cuidados realizados previamente para as necessidades atuais de cuidado, mas também fornece um *link* para o planejamento futuro de cuidado, oferecendo ao paciente um sentimento de coerência e previsibilidade.

Desde 2015, a Organização Mundial de Saúde (OMS), publica materiais referentes à integralidade do cuidado, numa campanha mundial em busca da implantação de políticas públicas para a cobertura universal de saúde a partir da atenção integral e centrada no paciente. A iniciativa é chamada “*Integrated People-Centred Health Services*” (IPCHS – na sigla em inglês), e apresenta a visão de um futuro em que todas as pessoas tenham acesso a serviços de saúde que sejam coordenados de acordo com suas necessidades, respeitem suas preferências e sejam seguros, eficazes, oportunos, acessíveis e de qualidade.

Como parte da ação da OMS, foi elaborado em 2018 o guia “*Continuity and Coordination of Care - A practice brief to support implementation of the WHO Framework on Integrated People-Centred Health Services*”, que estabelece intervenções práticas para que os serviços de saúde se tornem contínuos, no sentido de garantir a continuidade do cuidado. A OMS (2018) considera que a continuidade e

a coordenação do cuidado, são prioridades globais na reorientação dos serviços de saúde para as necessidades das pessoas.

O novo guia da OMS (2018), considera estas três categorias de continuidade do cuidado: continuidade relacional ou interpessoal, continuidade gerencial e continuidade informacional e apresenta uma nova categoria, a continuidade longitudinal, que é definida como histórico de interação do paciente com o mesmo profissional de saúde em uma série de episódios distintos. A Figura 2 sintetiza os conceitos apresentados na literatura.

Figura 2 - Tipos de Continuidade do Cuidado

| Relacional | Gerencial | Informacional | Longitudinal |
|--|--|--|---|
| Experiência subjetiva da relação de cuidado entre um paciente e um profissional de saúde | Colaboração de equipes através dos níveis de atenção para oferecer cuidado | Disponibilidade de informações psicossociais em todos os encontros profissionais | História da interação com o mesmo profissional de saúde em uma série de episódios distintos |

Fonte: A autora (2020). Baseado em OMS (2018).

Para operacionalizar as ações de continuidade do cuidado, a OMS (2018) sugere o uso de um *bundle* (do inglês, pacote de intervenções) de oito intervenções práticas, parte de um modelo abrangente de atendimento, com atenção primária como foco principal, passando pela atenção hospitalar. As ações para a efetivação destes tópicos são descritas na Figura 3.

- 1- **Continuidade com um profissional de atenção primária.** As pessoas que mantêm contato contínuo com o mesmo médico e a mesma equipe de saúde têm menos atendimentos e admissões em serviços de emergência por condições que requerem atendimento ambulatorial e estão mais satisfeitos com seus cuidados.
- 2- **Planejamento colaborativo de cuidado e tomada de decisão compartilhada.** Ter um planejamento de assistência e treinamento centrado na pessoa e orientado a objetivos, que permita que indivíduos, famílias e cuidadores informais se envolvam totalmente na avaliação e nas decisões sobre o cuidado, é um fator na coordenação bem-sucedida do cuidado.

- 3- **Gerenciamento de casos para pessoas com necessidades complexas.**
Ter um relacionamento proativo e contínuo na busca de casos, avaliação, planejamento e coordenação de cuidados para integrar os serviços necessários a um indivíduo reduz a probabilidade de que eles experimentem lacunas no cuidado.
- 4- **Serviços locais ou um único ponto de acesso.** A alocação de diferentes profissionais e serviços ligados a pessoas que conhecem a comunidade local e recursos gratuitos ajuda que as pessoas que necessitam de cuidados continuamente a transitar e acessar os serviços e o apoio comunitário de que precisam.
- 5- **Cuidados de transição ou intermediários.** O gerenciamento da transição hospitalar para outro nível de assistência ou domicílio melhora a qualidade do cuidado, acelera a recuperação funcional, reduz a taxa de reinternação e reduz o custo do cuidado.
- 6- **Atendimento abrangente ao longo de todo o processo.** A coordenação do cuidado antecipa crises e pode fornecer respostas urgentes (por exemplo, à noite e aos fins de semana) por profissionais que se comunicam bem e compartilham informações dos registros de saúde e assistência.
- 7- **Tecnologia para apoiar a continuidade e a coordenação do cuidado.**
Ferramentas e plataformas para o intercâmbio de informações facilitam a adoção de intervenções práticas e a identificação de pessoas que tem necessidades complexas.
- 8- **Capacitação da força de trabalho.** O desenvolvimento das habilidades, pontos fortes e confiança da força de trabalho garante que os profissionais tenham competência para desempenhar seus papéis na coordenação e continuidade do cuidado.

Figura 3 - Intervenções práticas para Continuidade do Cuidado

| | |
|---|--|
| CONTINUIDADE COM UM PROFISSIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA | <p>Garantia de um profissional de referência da ESF.</p> <p>Equilíbrio entre as escolhas do paciente e a garantia da continuidade.</p> <p>Consultas com duração flexível e agendadas previamente.</p> <p>Trabalho em equipe.</p> |
| PLANEJAMENTO COLABORATIVO DE CUIDADO E TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA | <p>Criação de uma cultura de empatia e confiança.</p> <p>Consultas centradas nas pessoas, com abordagem holística.</p> <p>Fornecer informações e estimular o comportamento saudável em pacientes e familiares.</p> <p>Incluir a comunidade no processo de cuidado.</p> |
| GERENCIAMENTO DE CASOS PARA PESSOAS COM NECESSIDADES COMPLEXAS | <p>Integrar equipes de diferentes níveis de atenção.</p> <p>Promover o autocuidado entre pacientes e apoio a familiares.</p> <p>Promover capacitação para profissionais em avaliação, planejamento de cuidados para pessoas com necessidades complexas.</p> |
| SERVIÇOS LOCAIS OU UM ÚNICO PONTO DE ACESSO | <p>Simplificar o acesso aos serviços de saúde por meio de tecnologia, por exemplo.</p> <p>Incentivo a centro comunitários de saúde.</p> <p>Utilização de ambientes não tradicionais para atendimento.</p> |
| CUIDADOS DE TRANSIÇÃO OU INTERMEDIÁRIOS | <p>Acompanhamento adequado e ensino de habilidades.</p> <p>Oferecer alternativas para atendimento domiciliar em urgências.</p> <p>Garantir que as avaliações, o apoio e as intervenções multiprofissionais sejam holísticos e incentivem o retorno ao trabalho e à sociedade ou, a aceitação do fim da vida.</p> |
| ATENDIMENTO ABRANGENTE EM TODO O PROCESSO | <p>Desenvolvimento de sistema que exija nenhum ou mínimo pagamento pelo atendimento.</p> <p>Protocolos, <i>guidelines</i> e responsabilização na rede de atenção.</p> <p>Incentivos financeiros ligados a resultados compartilhados.</p> |
| TECNOLOGIA PARA APOIAR A CONTINUIDADE E COORDENAÇÃO DO CUIDADO | <p>Sistemas informatizados e integrados.</p> <p>Estratificação da população para oferecer cuidados adequados.</p> <p>Tecnologia para monitoramento e atendimento remoto.</p> |
| CAPACITAR FORÇA DE TRABALHO | <p>Garantia de funções e responsabilidades claras.</p> <p>Garantia de que profissionais, pacientes e familiares tenham as habilidades necessárias.</p> |

Fonte: A autora (2020). Baseado em OMS (2018).

Segundo a OMS (2015), o cuidado integral e centrado no paciente não é baseado em uma única intervenção, mas um termo com várias definições voltadas para diversas populações. O objetivo é produzir resultados relacionados às diversas facetas da melhoria da experiência, saúde e eficiência. O cuidado integral é realizado de várias maneiras interrelacionadas, conceituadas como ocorrendo em diferentes níveis dentro de um sistema, micro (preocupado com a integração clínica), meso (integração organizacional) e macro (integração do sistema).

Ainda de acordo com a OMS (2015), a menos que a abordagem dos serviços de saúde seja integrada e centrada nas pessoas, os cuidados de saúde se tornarão cada vez mais fragmentados, ineficientes e insustentáveis. Sem melhorias na prestação de serviços, as pessoas não poderão acessar os serviços de saúde de alta qualidade que atendam às suas necessidades e expectativas.

Com o objetivo de manter uma abordagem consistente no cuidado prestado e personalizá-lo às novas necessidades do paciente, as informações e a comunicação entre as equipes devem se referir ao planejamento da alta após cuidados intensivos, geralmente do hospital para a comunidade ou focado no autocuidado (HAGGERTY *et al.*, 2003; UTZUMI *et al.*, 2018).

Em estudo realizado por Nóbrega (2017) em hospitais e ESF no estado da Paraíba, foram identificados empecilhos para a garantia da continuidade do cuidado informacional, como a desorganização das fichas de registros de dados, anotações incompletas, ilegíveis e sem a identificação do profissional responsável, além de informações repetitivas e sem subsídios para o cuidado.

Além disso, a comunicação, como uma forma de continuidade informacional entre familiares, profissionais e pacientes pode fornecer a estes continuidade do cuidado, no seu sentido mais amplo, de forma que os entes envolvidos sintam a integração dos serviços e a troca de informações adequada.

4.2 CUIDADOS DE TRANSIÇÃO E ASPECTOS OPERACIONAIS

Os profissionais que promovem cuidados de transição valorizam o indivíduo, já que os cuidados que estes proporcionam aos pacientes estão associados ao desenvolvimento humano, beneficiando a maturidade e o crescimento pessoal mediante um maior equilíbrio e estabilidade. Porém, muitos hospitais e organizações

de saúde em todo o mundo ainda adotam abordagens inadequadas para transferências, com pouca ou nenhuma abordagem baseada em evidências (CHICK; MELEIS, 1986; HIRSCHMAN *et al.*, 2015; O'ROURKE *et al.*, 2018).

Em seu estudo, Costa (2019), sugere a necessidade da mudança no modelo de atenção atual, buscando a centralidade do paciente como objetivo e a autonomia dos usuários e famílias/ cuidadores. Os profissionais de saúde devem buscar constantemente estratégias que superem os desafios e dificuldades de uma gestão de cuidado burocratizada e potencializar o autogerenciamento, além de promover a participação ativa dos pacientes e familiares.

O envolvimento dos pacientes e seus cuidadores/familiares no desenvolvimento e implementação de planos de cuidados é um componente essencial nos cuidados de transição. Ainda segundo o mesmo autor, a equipe deve trabalhar em estreita colaboração com pacientes e cuidadores familiares para traçar planos de cuidados alinhados com preferências, valores e objetivos, e para facilitar a implementação de terapias e estratégias para alcançar os objetivos do paciente e do cuidador familiar (HIRSCHMAN *et al.*, 2015; SOTO *et al.*, 2018).

O próprio paciente e o profissional são consideradas fontes de informação, uma vez que utilizam a memória como um arquivo itinerante e é por meio dele que as preferências pessoais são repassadas. O reconhecimento dos valores, preferências, contexto social e de apoio ao paciente tem importância na adesão ao plano de cuidados (COLEMAN *et al.*, 2006; LAMAS *et al.*, 2017).

Como em qualquer intervenção terapêutica, os pacientes devem entender as preocupações sobre os riscos que foram identificados e os profissionais de saúde devem envolvê-los nas decisões. O desenvolvimento de um plano de cuidados dos quais o paciente e a família/cuidador não têm interesse em participar provavelmente levará a poucas melhorias, pacientes frustrados e desperdício de recursos (ALLEN *et al.*, 2014; NAYLOR, M. D. *et al.*, 2013).

Uma revisão sistemática realizada por Le Berre e colegas (2017), realizada com 92 publicações sobre Cuidados de Transição em pacientes com doenças crônicas idosos, encontrou como resultado que a implementação de estratégias sobre cuidados de transição garante menor mortalidade após alta hospitalar, e menor taxa de reinternações após três, seis e dezoito meses.

Trabalhar com pacientes e familiares/cuidadores na questão de redução de riscos requer envolvê-los em discussões sobre os objetivos de seus cuidados e não

apenas sobre questões de final de vida, desta forma, fornecendo informações realistas sobre as melhores estratégias a serem empregadas. Ainda, em busca à centralidade no paciente no processo de cuidado, planos de cuidado devem ser desenvolvidos, documentados e compartilhados com os membros da equipe multidisciplinar, a fim de garantir clareza e entendimento sobre as preferências de cuidado do paciente (COSTA, M. F. B. N. A. Da *et al.*, 2019; CZERWONKA *et al.*, 2015; HERRIDGE, 2017; HIRSCHMAN *et al.*, 2015).

O aumento da conscientização sobre as dificuldades de transição enfrentadas pelos pacientes durante as transições pode resultar em mudanças na prática de unidades antes da alta dos pacientes. Essas mudanças se concentraram principalmente nas práticas de planejamento de alta e na preparação dos pacientes para a transição (CHABOYER; JAMES; KENDALL, 2005; HERRIDGE, 2017; VAN SLUISVELD *et al.*, 2015).

Ainda de acordo com os mesmos autores, estratégias específicas como educação e treinamento em serviço sobre as necessidades dos pacientes após a alta, a introdução de folhetos informativos, desmame precoce de equipamentos especializados e planejamento individual de alta que começa no momento da admissão com planos de cuidados adequados e protocolos estruturados para educar os pacientes são essenciais nos processos de transição.

De forma a otimizar o processo de transição enfrentado pelos pacientes e auxiliar às equipes em busca da continuidade do cuidado, foi criado o programa *Transitional Care Model (TCM)* em 1994, e nas últimas duas décadas passa por processos de refinamento e aprimoramento por uma equipe multidisciplinar de acadêmicos e profissionais de saúde da Universidade da Pensilvânia (UPENN), nos Estados Unidos da América (NAYLOR, M.; KEATING, 2008).

O TCM é um modelo de assistência em equipe, liderado por enfermeiros e enfatiza a identificação dos objetivos de saúde dos pacientes; concepção e implementação de um plano de cuidados simplificado e continuidade do cuidado entre os níveis de atenção e entre os profissionais durante episódios de doença (NAYLOR, M.; KEATING, 2008). O programa é baseado em três objetivos principais que consistem em melhorar a experiência do paciente; melhorar os desfechos de saúde e qualidade de vida além de fornecer o uso mais sábio de recursos. Os componentes que guiam o programa estão sintetizados no Quadro 1.

Quadro 1 - Componentes do TCM

| Componente | Definição |
|--|---|
| Triagem | - Destina-se a adultos em transição do hospital para casa que estão em alto risco de desfechos insatisfatórios. |
| Pessoal | - Enfermeiras assumem a responsabilidade primária pela gestão de cuidados durante os episódios de agudização de doença. |
| Manutenção de vínculo | - Estabelece e mantém uma relação de confiança com o paciente e cuidadores familiares envolvidos no cuidado do paciente. |
| Envolvimento de pacientes e cuidadores | - Envolve os pacientes na concepção e implementação do plano de cuidados alinhado com suas preferências, valores e objetivos. |
| Avaliação e gerenciamento de sintomas e fatores de risco | - Identifica e aborda os sintomas e fatores de risco prioritários do paciente. |
| Educação e promoção do autocuidado | - Prepara adultos mais velhos e cuidadores familiares para identificar e responder rapidamente ao agravamento dos sintomas. |
| Colaboração | - Promove consenso sobre o plano de cuidados entre idosos e membros da equipe assistencial. |
| Promoção à Continuidade | - Evita interrupções no atendimento do hospital para casa, tendo o mesmo médico envolvido nesses locais. |
| Fomento à Coordenação | - Promove a comunicação e as conexões entre os profissionais de saúde no hospital e os profissionais da atenção primária. |

Fonte: A autora (2021), baseado em Naylor (2008).

Os principais fatores de risco usados para rastrear pacientes que se beneficiariam de estratégias de cuidados de transição foram identificados pela

UPENN, por meio do TCM. Esses fatores de risco incluem cinco ou mais condições crônicas ativas, uma queda recente, déficits nas atividades básicas da vida diária, diagnóstico de demência ou baixo desempenho nas ferramentas de triagem de comprometimento cognitivo, histórico de problemas de saúde mental ou emocional, internação nos últimos 30 dias ou duas ou mais internações nos últimos seis meses. Além desses, são fatores relevantes a idade do paciente, desafios em educação em saúde, barreiras linguísticas e sistema de apoio (HIRSCHMAN *et al.*, 2015; NAYLOR, M. D. *et al.*, 2013, 2017; NAYLOR, M.; KEATING, 2008).

Outro modelo de transição segura utilizado é o elaborado por Burke (2013), e apresenta dez domínios, representados na figura de uma ponte e cada domínio representa uma parte estrutural desta ponte as quais os pacientes devem cruzar de um ambiente de cuidado para outro durante uma transição e sugere que a ausência de um domínio tornaria esta ponte mais fraca. Os domínios que ocorrem principalmente antes da alta são colocados mais perto do "lado do hospital" da ponte, aqueles que ocorrem principalmente após a alta são colocados mais perto do "lado da comunidade" da ponte, enquanto aqueles que ocorrem ambos antes e após a alta estão no meio desta ponte (BURKE *et al.*, 2013). A representação deste modelo pode ser observada da Figura 4.

- 1- **Planejamento de alta** envolve iniciar o planejamento de alta com antecedência durante a internação do paciente.
- 2- **Comunicação completa de informações** se refere ao conteúdo que deve ser incluído em resumos de alta e outras documentações referentes à transferência do paciente.
- 3- **Disponibilidade, oportunidade, clareza e organização** das informações fornecidas têm importância igual ao conteúdo oferecido e deve estar disponível mesmo antes de os profissionais assumirem a responsabilidade pelo cuidado do paciente.
- 4- **Segurança de medicações** são a maior causa de eventos adversos durante transições. Deve haver a comunicação das alterações de medicações.
- 5- **Educação do paciente e promoção do autogerenciamento** envolve ensinar aos pacientes e cuidadores sobre os diagnósticos, autocuidado, novas habilidades e *teach back* (confirmar a compreensão deste entendimento).

- 6- **Suporte social e comunitário** associados aos cuidados prestados tem importância fundamental para a estabilização do paciente no período pós-alta quando este necessita de apoio em atividades domésticas, alimentação entre outros.
- 7- **Planejamento antecipado de cuidados** se refere a um documento que pode ser preparado durante a internação hospitalar ou ambulatorialmente e define antecipadamente as metas de cuidado.
- 8- **Coordenação do cuidado entre os membros da equipe de saúde** envolve a transmissão de informações, planos de cuidado entre as equipes e dentro de uma mesma equipe multiprofissional.
- 9- **Monitoramento e gerenciamento de sintomas após a alta** é particularmente importante quando se compreende as razões para readmissão hospitalar principalmente em pacientes vulneráveis. Ações de telemonitoramento, telemedicina ou visitas domiciliares podem ser efetivas em reduzir as readmissões hospitalares.
- 10- **Acompanhamento ambulatorial** em tempo adequado e com profissionais que já tenham vínculo com o paciente de preferência.

Figura 4 - Domínios para transição segura



Fonte: A Autora (2021), baseado em BURKE (2013).

Em todo o mundo, as transferências são um procedimento hospitalar de rotina que ajudam a garantir a prestação e o gerenciamento de cuidados continuados em todo o caminho que o paciente percorre entre os serviços. A otimização deste processo pode ter um grande impacto na qualidade e segurança nos cuidados prestados aos pacientes hospitalizados (O'ROURKE *et al.*, 2018; PARSONS LEIGH *et al.*, 2016).

A comunicação de alta qualidade é essencial para a continuidade do cuidado desde a admissão do paciente até a sua alta. As transferências de pacientes realizadas de forma padronizada procuram oferecer continuidade do cuidado, promovendo um ambiente de trabalho colaborativo e envolvem um processo de transmissão de informações, responsabilidade, e controle de um cuidador para outro durante as transições (PARSONS LEIGH *et al.*, 2016; RAITEN *et al.*, 2015).

A transmissão de informações pode ser feita pessoalmente, textualmente ou por telefone. Estima-se que um em cada dois pacientes experimentem fragmentação e/ou perda de informações durante transferências entre setores de um mesmo serviço ou entre diferentes serviços (PARSONS LEIGH *et al.*, 2016).

Transferências inadequadas podem ter sérias consequências, resultando em tratamentos incorretos, atrasos no diagnóstico, hospitalizações mais longas, erros de medicação, quedas e mortes de pacientes, além de insatisfação dos familiares com o cuidado recebido e eventos adversos (O'ROURKE *et al.*, 2018; PARSONS LEIGH *et al.*, 2016).

Durante a transferência do paciente, informações cruciais sobre as condições clínicas, exames realizados e tratamentos recebidos devem ser compartilhados entre os profissionais, para que o plano de cuidados possa ser efetivamente continuado pelos próximos responsáveis. Uma transferência de pacientes entre profissionais de saúde não é apenas um processo de fornecimento de informações, mas também de *accountability*² (PARSONS LEIGH *et al.*, 2016; STELFOX *et al.*, 2013).

De forma a otimizar o processo de transição, a implantação de *checklists* e a padronização de condutas para transferência de pacientes foram apresentadas como maneiras de melhorar a experiência do paciente e o desfecho de seu tratamento, além de ter sido demonstrada a diminuição de omissão de informações, com resultados a partir da colaboração e engajamento da equipe para com a implantação e uso dessas

² *Accountability* representa a responsabilidade, a obrigação e a responsabilização de gestores ocupantes de um cargo em prestar contas à luz de parâmetros previamente definidos.

estruturas padronizadas (AMAYA *et al.*, 2016; LANE-FALL *et al.*, 2020; THONGPRAYOON *et al.*, 2016; VAN SLUISVELD *et al.*, 2015).

Estudo de De Grood, *et al* (2019), desenvolveu um painel com 63 informações essenciais que devem estar contidas em uma ferramenta padronizada de transferência baseado em três premissas: flexibilidade, usabilidade e *accountability*. As informações encontradas neste estudo estão resumidas no Quadro 2.

Quadro 2 - Informações essenciais na transferência

| Quadro 2 – Informações essenciais na transferência | | | |
|---|---|-------------------------------|--|
| Nome | Registro | Data de Nascimento | Sexo |
| Diretivas avançadas | Objetivos do cuidado | Tempo de permanência na UTI | Orientações de alta hospitalar |
| Doenças anteriores | Histórico clínico/cirúrgico | Alergias | Descrição do curso da doença |
| Doença atual | Diagnóstico principal | Diagnóstico secundário | Acompanhamento de especialidades |
| Procedimentos realizados | Problemas no momento da transferência | Problemas ativos/resolvidos | Justificativa de uso de medicações |
| Plano de cuidados | Tratamento recebido | Tratamento planejado | Estado neurológico |
| Reconciliação medicamentosa | Medicações em uso em casa | Medicações em uso no hospital | Lesões de pele e ferida operatória |
| Medicações intravenosas | Drenos, cateteres, tubos e dispositivos | Precauções de isolamento | Estratificação de risco de transferência |
| Preocupações respiratórias | Restrições | Balanço hídrico | |
| Assinatura do Responsável pela transferência das unidades correspondentes | | Informações adicionais | |

Fonte: A autora (2021), baseado em De Grood *et al* (2019).

Estudo de Hemesath *et al* (2019), realizado em um hospital universitário terciário no Rio Grande do Sul, definiu um *checklist* de transferência temporária de pacientes quando estes são encaminhados para a realização de exames. No instrumento são coletadas informações em duas frentes, antes e após o procedimento e estas informações são relativas à identificação do paciente, tipo de transporte, dispositivos, tipo de procedimento, riscos assistenciais e intercorrências.

Um *checklist* é uma ferramenta que pode ser utilizada para a padronização de documentos, para registro dos cuidados prestados, além de poder ser considerado fonte de dados para processos gerenciais e atividades de ensino e pesquisa. A implementação pode ser considerada de baixo custo, mesmo sendo necessário

capacitação da equipe para o uso, os maiores gastos se resumem à reprodução e distribuição do instrumento quando usado na forma impressa ou na disponibilização do mesmo em sistemas informatizados (AMAYA *et al.*, 2016; LANE-FALL *et al.*, 2020; PARSONS LEIGH *et al.*, 2020; SOPPA *et al.*, 2019; THONGPRAYOON *et al.*, 2016).

No entanto, a transição do paciente de ambientes especializados, como uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por exemplo, para unidades não intensivas é um processo complicado, devido à complexidade do quadro clínico apresentado, à mudança de ambiente e à diferença de recursos disponíveis. Os pacientes que recebem alta da UTI são um grupo particularmente vulnerável, com risco de deterioração clínica devido ao acentuado declínio no monitoramento e nos recursos que ocorrem durante a transição para a enfermaria (CZERWONKA *et al.*, 2015; DE GROOD *et al.*, 2018; HERRIDGE, 2017; PARSONS LEIGH *et al.*, 2016; PETERS, 2017; STELFOX *et al.*, 2013; VAN SLUISVELD *et al.*, 2015).

Desta forma, Parsons Leigh *et al* (2016), observa que o prontuário médico de um paciente desempenha uma função vital na manutenção da continuidade do cuidado, porque é o mecanismo central pelo qual a comunicação textual entre os profissionais acontece. Além disso, segundo o mesmo autor, um paciente pode experimentar vários episódios de transição durante sua hospitalização, mas a documentação incluída no prontuário médico acompanha o paciente como uma representação objetiva de sua história, objetivos diários do plano de cuidados e do tratamento oferecido.

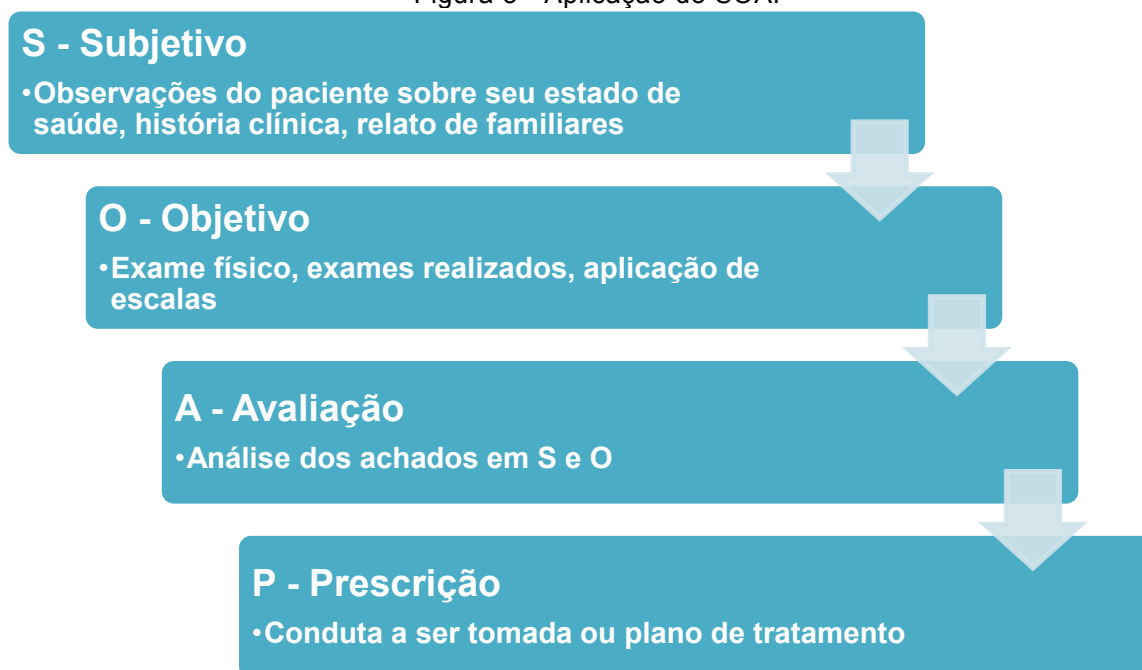
Ao trabalhar com informações incompletas, os profissionais de saúde correm o risco de rediagnosticar condições conhecidas, afastar-se dos planos de tratamento estabelecidos ou deixar de abordar as barreiras originais que impediam os pacientes de seguir adiante com um plano de cuidados previamente desenvolvido (DE GROOD *et al.*, 2019; FACCHINETTI *et al.*, 2020; SCHULZ; SILVA, 2011; STELFOX *et al.*, 2017).

Embora a coleta de informações completas consuma inicialmente mais tempo, fornece ao profissional um olhar clínico mais crítico. A realização da avaliação individual do paciente permite que a equipe use todo o período de internação hospitalar para atender às necessidades, explorar expectativas e elaborar uma estratégia que envolva não só apenas aquela internação, mas que seja baseada na atenção primária, após o período de hospitalização (CHABOYER; JAMES; KENDALL, 2005; PARSONS LEIGH *et al.*, 2016; PETERS, 2017).

É imprescindível que as evoluções clínicas contenham os seguintes dados: nome do paciente, número de registro no hospital, data, hora além do nome e a designação do profissional que inseriu a anotação. Além disso, as anotações devem ser apresentadas em ordem cronológica para refletir a continuidade do cuidado ao paciente e devem ocorrer imediatamente após o acontecimento de um evento relevante (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2015; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

Uma estratégia comumente utilizada para documentação da evolução clínica é o uso do acrônimo SOAP (Subjetivo, objetivo, avaliação e prescrição). Foi demonstrado que o uso do SOAP fornece um modelo de evolução clínica, melhora a comunicação entre os profissionais de saúde, além de servir de apoio ao ensino de estudantes (RAITEN *et al.*, 2015; SCHULZ; SILVA, 2011). No CHC-UFPR, este modelo de evolução é padronizado para a equipe multiprofissional. A Figura 5 sintetiza a aplicação do SOAP na prática clínica.

Figura 5 - Aplicação do SOAP

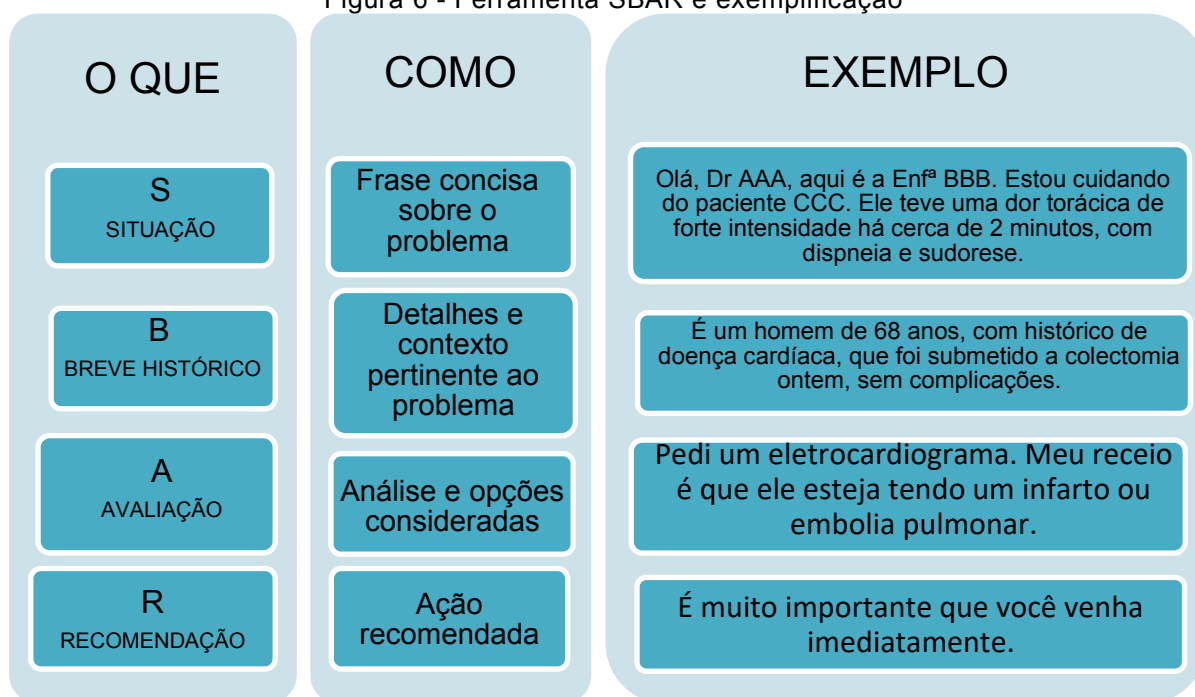


Fonte: A autora (2020), baseado em SCHULZ; SILVA (2011).

Diversas abordagens baseadas em acrônimos para padronizar a comunicação verbal foram implementadas e utilizadas. A passagem de plantão realizada por meio destes métodos serve como auxílio cognitivo e demonstrou reduzir as omissões de conteúdo.

Dentre estas, a mais citada é a SBAR, que foi originalmente desenvolvida pela Marinha dos Estados Unidos para facilitar a transferência de informações em uma estrutura precisa e previsível (MÜLLER *et al.*, 2018; O'ROURKE *et al.*, 2018; RAITEN *et al.*, 2015). Segundo O'Rourke *et al* (2018), este acrônimo foi usado pela primeira vez na área da saúde como uma maneira de os enfermeiros comunicarem uma mudança na situação do paciente aos médicos. Desde então, tem sido recomendado como uma maneira estruturada para que os profissionais de saúde realizem a passagem de plantão ou informem intercorrências (O'ROURKE *et al.*, 2018; YEAMAN; KO; ALVAREZ DEL CASTILLO, 2015). A Figura 6 exemplifica o uso da ferramenta SBAR em passagens de plantão ou comunicação de intercorrências clínicas.

Figura 6 - Ferramenta SBAR e exemplificação



Fonte: A autora (2020), baseado em MULLER *et al* (2018).

Outra abordagem é a realização de rondas ou planos interprofissionais, também conhecidas como "plano multidisciplinar" (CHEW *et al.*, 2019; GONZALO *et al.*, 2016; PETERS, 2017; SHARMA; HASHMI; FRIEDE, 2021). Quando bem-sucedida, o aprimoramento da comunicação criada por essas rondas tem impacto em outros aspectos das funções da equipe de saúde, pois criam um sentimento de empoderamento entre os membros da equipe de assistência, ajudando-os a entender os papéis e os pontos fortes dos outros membros.

De acordo com os autores Gonzalo *et al* (2016), Chew *et al* (2019) e Sharma *et al* (2020), planos multiprofissionais bem-sucedidos devem seguir os seguintes passos:

- Incluir, no mínimo, as principais partes interessadas: enfermeiros, médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e farmacêuticos. Se possível, a presença de especialistas, mesmo que apenas de forma intermitente.
- Estabelecer explicitamente os papéis de cada participante, de modo que cada pessoa que participe esteja preparada com as informações que precisa trazer para o grupo e tenha pensado sobre quais informações precisa obter do grupo.
- Ocorrer diariamente (ou pelo menos de segunda a sexta-feira) em um horário definido, geralmente no meio da manhã.
- Exigir um "proprietário". Essa pessoa, normalmente enfermeiro ou médico visitador, mantém a equipe focada.
- Usar a tecnologia disponível. Projetar listas de pacientes em uma tela, permitindo que pedidos eletrônicos sejam feitos durante os encontros ou buscando resultados rápidos em laboratórios ou anotações para fins de planejamento.
- Usar um *script* ou *checklist* para que todos saibam quem precisa falar quando e quais informações devem ser apresentadas.
- Deve ser breve. Essas rodadas devem ter uma média de 60 a 90 segundos por paciente, concentrando-se nas informações necessárias para o dia atual e no planejamento para os próximos dois dias e alta.
- Deve procurar identificar perguntas antecipadas (dos membros da equipe de atendimento e pacientes) e abordar as barreiras para mover o paciente durante sua hospitalização.
- Precisa ser documentado para que os planos implementados possam ser seguidos e os responsáveis sejam responsabilizados.

Em busca de abordagens potencialmente positivas para que as transições sejam seguras encontra-se a reconciliação medicamentosa, que é definida como um processo para obtenção de uma lista completa, precisa e atualizada dos medicamentos que cada paciente utiliza em casa incluindo nome, dose, periodicidade e via de administração, e que deve ser comparada com as prescrições médicas feitas na admissão, transferência, consultas ambulatoriais e na alta hospitalar (SANTOS *et al.*, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

A OMS por meio dos materiais “*The World Health Organization's Medication without Harm: 3rd Global Patient Safety Challenge*” de 2017 e “*Medication safety in transitions of care*” de 2019 visa reduzir eventos adversos evitáveis relacionados à medicação em 50% até 2022 e identifica os cuidados de transição como uma área prioritária de ação (HAHN-GOLDBERG *et al.*, 2021; REDMOND *et al.*, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017, 2019).

Certos grupos de pacientes estão em maior risco de eventos adversos durante as transições do hospital para casa devido a desafios de comunicação, além da necessidade de gerenciar diversos tipos de medicações associada à complexidade clínica do paciente. Porém, durante as transições intra-hospitalares, os erros de medicação também podem ocorrer devido à falhas de comunicação relativas à documentação incompleta (HAHN-GOLDBERG *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017, 2019).

Em busca da segurança do paciente, é importante que haja a implementação de processos estruturados para a reconciliação medicamentosa em todas as transições em que o paciente navegar. A documentação do paciente deve conter a história medicamentosa, com medicações de uso contínuo pré hospitalização, medicações descontinuadas, inserção de novos medicamentos, posologia, dosagem e as infusões contínuas em uso no momento da transferência do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017, 2019). A Figura 7 explora as mudanças nas medicações decorrentes da transição do paciente entre diversos níveis de atenção.

Figura 7 - Reconciliação medicamentosa



Fonte: A autora (2021), baseado em WHO (2019)

A equipe multidisciplinar deve trabalhar para obter uma única lista de medicamentos adequadamente registrada, obtida por meio de entrevista com o paciente no momento da admissão hospitalar, transferências ou alta e paralelamente confirmada por meio de outra fonte confiável. Quando as entrevistas são realizadas por mais de um profissional e sem a devida comunicação e registro pode gerar insegurança e incômodo ao paciente, pela necessidade de repetir informações já fornecidas, podendo ocorrer divergências entre as informações obtidas, além de gerar retrabalho (SANTOS *et al.*, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

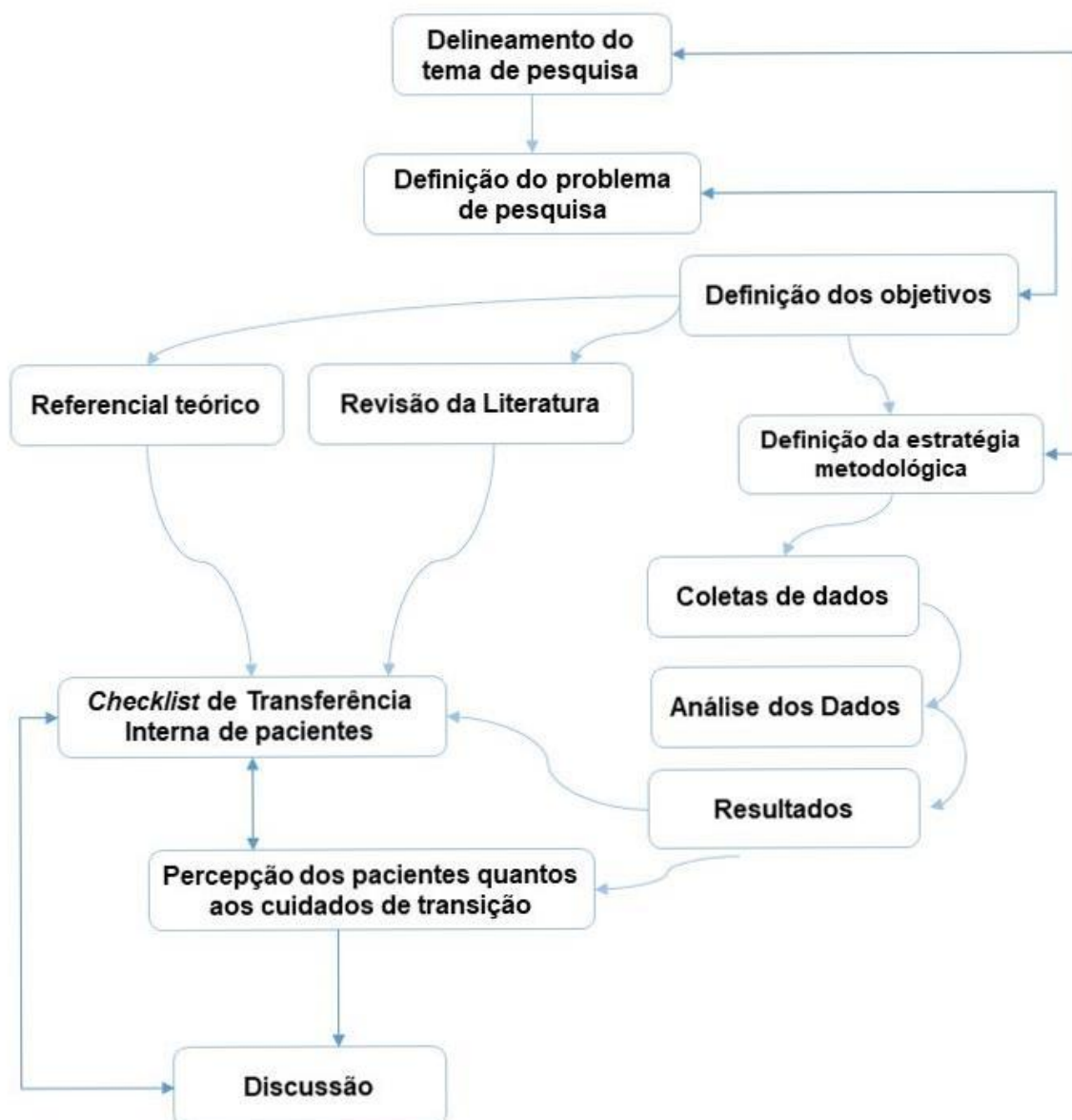
Quando os pacientes são incapazes de falar ou advogar por si, como é comum em muitos pacientes de UTI ou naqueles com sequelas de AVE ou outras patologias, os registros médicos são ainda mais cruciais, pois representam a história do paciente durante sua internação. Os pacientes expressam várias necessidades em cada ponto de transição. Nas fases iniciais, necessidades humanas fundamentais de nutrição, hidratação, conforto, segurança e suporte físico e emocional vêm à tona. Se não forem atendidas no início, essas necessidades provavelmente continuarão e aumentarão em uma fase posterior de recuperação (KING *et al.*, 2019; PARSONS LEIGH *et al.*, 2016).

Observa-se que em todo o momento da hospitalização o paciente se encontra em um momento da transição e que as ações propostas pelos profissionais responsáveis por eles são essenciais para o processo seja conduzido pelo paciente de forma positiva. A sensação de previsibilidade e a qualidade das informações que são transmitidas a partir da padronização de condutas e de instrumentos têm potencial de oferecer ao paciente melhores oportunidades de enfrentamento à doença.

5 MÉTODO

Neste capítulo, é apresentada a trajetória metodológica para que os objetivos propostos fossem alcançados. Para tanto, discorre-se sobre: o tipo de estudo, cenário, participantes, coleta e análise dos dados e os aspectos éticos. O desenvolvimento da pesquisa seguiu as seguintes etapas conforme Figura 8.

Figura 8 - Etapas da Pesquisa



Fonte: A autora (2021).

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa. As pesquisas exploratórias têm a finalidade de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, objetivando proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato. Comumente as pesquisas exploratórias se traduzem na primeira etapa de uma investigação mais ampla. O produto deste processo passa a ser um problema mais esclarecido, passível de investigação mediante procedimentos mais sistematizados (GIL, 2002).

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário do estudo foram as Unidades de Terapia Intensiva (UTI), Centro de Terapia Semi Intensiva (CTSI) e Enfermaria de Clínica Médica (CM) do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR).

O CHC-UFPR teve suas atividades iniciadas em 1961, nos dias de hoje é conhecido por ser o maior hospital público do estado do Paraná e o terceiro maior do país. Sua área construída abrange 63 mil m², por onde circulam, aproximadamente, 11 mil pessoas por dia. São quase 96 mil pacientes atendidos em média por mês, com 1.237 internações e 634 cirurgias/mês (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2014).

O hospital caracteriza-se por prestar atendimento terciário, uma vez que possui estrutura tecnológica, instrumental e recursos humanos especializados para abordar casos de alta complexidade, realizando exames diagnósticos avançados e procedimentos terapêuticos de ponta e desde 2014 é gerenciado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2014).

Tem como especialidades clínicas Infectologia Adulto e Pediátrica, Urologia, Nefrologia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Clínica Médica Geral, Pediatria, Neonatologia, Cardiologia, Hematopediatria, Terapia Intensiva Adulto, Pediátrica e Neonatal; tratamento Oncológico com Transplante de Medula Óssea, Quimioterapia de alto risco, além das especialidades cirúrgicas como Cirurgia do Aparelho Digestivo, Torácica, Geral, Plástica, Transplante Hepático e Renal e

Neurocirurgia. Além destes, possui atendimento para casos de baixo e alto risco obstétrico e ginecologia.

O Complexo é formado pelo CHC-UFPR e pela Maternidade Victor Ferreira do Amaral, que foi anexada à estrutura desde 2001 por meio de um convênio entre a Prefeitura Municipal de Curitiba e a UFPR (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2014).

À época da definição dos setores em que a pesquisa seria aplicada, as unidades pré-determinadas realizavam atendimento de adultos e adolescentes a partir de 12 anos. A UTI possuía estrutura para 14 leitos de internação, o CTSI continha 10 leitos de terapia intensiva e 06 leitos de semi-intensiva e as enfermarias de CM possuíam 36 leitos de internação divididos entre leitos masculinos e femininos, separadamente.

Devido à pandemia de COVID-19, desde março 2020, a conformação de setores, leitos e lotação de profissionais foi drasticamente alterada, com muitas mudanças de localização de unidades, criação e fechamento de unidades para atendimento de pacientes suspeitos e confirmados de COVID-19 e a realocação dos profissionais para outras unidades.

No momento atual, a UTI Geral foi transformada em UTI Respiratória com 15 leitos, atendendo tanto pacientes suspeitos e confirmados de COVID-19, quanto outras patologias, a CTSI foi determinada como a única UTI não respiratória do complexo com 16 leitos de UTI e a Clínica Médica mantém o atendimento dos pacientes clínicos não acometidos pela COVID-19 com aumento de 36 para 52 leitos com a abertura de novas unidades.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram os Profissionais de saúde pertencentes à equipe multiprofissional dos setores de UTI geral, CTSI e Enfermaria de Clínica Médica: Assistentes Sociais, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Técnicos de Enfermagem.

5.3.1. Critérios de Inclusão

Profissionais de saúde pertencentes à equipe multiprofissional dos setores de UTI geral, CTSI e Enfermaria de Clínica Médica: Assistentes Sociais, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Técnicos de Enfermagem, que aceitaram participar do estudo e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.3.2 Critérios de Exclusão

Profissionais de saúde pertencentes à equipe multiprofissional dos setores de UTI geral, CTSI e Enfermaria de Clínica Médica: Assistentes Sociais, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Técnicos de Enfermagem, em períodos de férias ou outros afastamentos e que se recusaram a participar da pesquisa.

5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu no mês de janeiro de 2021, após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da UFPR. Primeiramente foi solicitada a autorização das chefias das unidades por meio de envio das cartas-convite (APÊNDICE A), estas contendo explicações gerais sobre a pesquisa e a apresentação das pesquisadoras.

Após a autorização formal das chefias das unidades, a pesquisadora visitou as unidades participantes em momentos agendados com os profissionais para explanações sobre a pesquisa e esclarecimentos de dúvidas. Nestes encontros foram disponibilizados os TCLE (APÊNDICE B), questionários impressos (APÊNDICES C e D), condicionados à assinatura do TCLE, para aqueles participantes que relataram preferir responder o questionário em meio físico, além de apresentação de uma vinheta (APÊNDICE E) sobre cuidados de transição e continuidade de cuidados. Além disso, uma vinheta foi encaminhada por meio de aplicativo de mensagens instantâneas de modo a aumentar o engajamento dos participantes.

A vinheta é conceituada como uma descrição breve de eventos ou situações, reais ou fictícias, às quais os participantes são solicitados a reagir e tem o objetivo de apreender informações acerca da percepção, opinião ou conhecimento sobre o

fenômeno estudado. Apresenta a vantagem de oferecer aos participantes maior familiaridade com o tema, gerando impacto na qualidade das respostas, enriquecendo o conteúdo e promovendo reflexão e sensibilização dos participantes a respeito da temática (POLIT; BECK, 2011).

Ainda, foi enviado aos participantes e-mail para acesso à plataforma eletrônica *Google Forms*®, para aqueles que preferirem responder o questionário *online*, além de mensagem instantânea por meio de aplicativo de mensagens (*WhatsApp*®). O preenchimento do questionário foi precedido pelo aceite ao TCLE eletrônico na mesma plataforma.

O instrumento (APÊNDICES C e D) foi submetido a pré-teste com quatro profissionais de outro hospital e, posteriormente, ajustado conforme as necessidades identificadas.

O método de coleta de dados por meio de questionário foi definido após o início da pandemia, devido às restrições sanitárias relativas às aglomerações de pessoas, com vistas à redução de contaminação pela COVID-19. Desta forma, também foi cancelada a realização do grupo focal, que inicialmente seria o condutor da construção do protocolo, que por fim se tornou um *checklist*. O questionário foi considerado uma maneira eficaz e segura para realizar a pesquisa, além de apresentar tempo estimado de cinco a sete minutos para resposta, otimizando o tempo dos participantes.

Um questionário é definido como a técnica de investigação composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações sobre diversos aspectos. A construção do questionário consiste basicamente em traduzir objetivos da pesquisa em questões específicas (GIL, 2002; RAMOS *et al.*, 2019).

As respostas às questões proporcionam ao pesquisador subsídios para descrever as características da população pesquisada. Assim, a construção de um questionário é procedimento técnico cuja elaboração deve seguir os seguintes passos: constatação da eficácia para verificação dos objetivos; determinação da forma e do conteúdo das questões; quantidade e ordenação das questões; construção das alternativas; apresentação do questionário e pré-teste (RAMOS *et al.*, 2019).

O questionário sociodemográfico foi composto por questões para a caracterização dos participantes da pesquisa (idade, sexo, tempo de experiência profissional, de atuação na unidade e formação, qualificação e categoria profissional).

Já o questionário acerca dos cuidados de transição, foi composto por dez questões que objetivavam conhecer a realidade dos profissionais referente à transição dos pacientes tanto da UTI para a enfermaria como o contrário, além de questões acerca dos itens necessários para a elaboração do produto.

A **questão um** aborda sobre o conhecimento da existência de protocolo de transição/transferência na unidade de atuação, a **segunda questão**, complementar à primeira, solicita as informações acerca do protocolo caso o participante tenha respondido sim à primeira pergunta.

A **terceira questão** questiona o participante sobre a experiência deste no processo de transição. **As questões quatro e cinco** solicitam aos participantes quais são as informações essenciais para a elaboração do *checklist* na perspectiva de quem recebe o paciente e de quem o transfere e apresentam 13 itens (diagnóstico principal, diagnósticos secundários, medicações em uso, alergias, plano de tratamento atual, objetivos do tratamento atual, resultados de exames, pendências, status cognitivo, nível de dependência assistencial, diretrizes avançadas de vida, planejamento para alta hospitalar, disponibilidade de apoio familiar), além de oferecer espaço para sugestões.

A **sexta questão** se refere à forma que o participante julga ser a mais adequada para a transmissão das informações, a **sétima questão** pede ao participante que informe as dificuldades encontradas no processo de transição, a **oitava questão** pergunta aos participantes quais são os agentes que devem participar do processo de transição.

A **nona questão** pede ao participante que defina o momento em que deve ser iniciado o processo de transição e, finalmente a **décima questão** oferece ao participante um espaço para colocações, sugestões.

A amostra foi aleatória com os profissionais que aceitaram participar da pesquisa com número total de 23 respondentes por meio da plataforma *Google Forms®* e destas subtraídas três respostas devido um dos participantes ter respondido à pesquisa por duas vezes e um dos participantes ter respondido por três vezes ao questionário exatamente com as mesmas respostas, totalizando 20 participantes no total. Os participantes foram identificados com o codinome “P” seguido de numerais correspondentes de 1 a 20 (P1; P2; P3... P20) a fim de proteger a confidencialidade dos participantes.

5.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados do questionário sociodemográfico foi realizada com auxílio do *Microsoft Excel*®, onde a pesquisadora analisou separadamente cada variável do questionário.

A primeira etapa da análise da pesquisa do questionário sobre cuidados de transição foi realizada a partir da leitura das respostas deste pela pesquisadora. Os dados da segunda etapa da pesquisa foram analisados com o apoio do *software* IRAMUTEQ® versão 0.7 alpha 2 (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), que utiliza a linguagem Python e dispõe de funcionalidades através do *software* estatístico R, para auxiliar na construção e apreensão dos discursos e identificar as suposições mais adequadas a partir dos dados (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Desde 2013, *software* é utilizado no Brasil em pesquisas na área de psicologia e ciências sociais, e, na área de Enfermagem seu uso é observado desde 2015, o que pode ser explicado pela busca de variação de modalidades de análise de dados qualitativos, já que o IRAMUTEQ® permite diferentes formas de análises estatísticas de textos, produzidas a partir de entrevistas, documentos, artigos, questionários, entre outras (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O IRAMUTEQ® oferece ao pesquisador uma variedade de formas de análise de dados, desde a lexicografia básica, exemplificada pelo cálculo de frequência de palavras, e análises multivariadas como Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e Análise Pós-Fatorial, além de fornecer a Análise de Similitude e Nuvem de Palavras (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Nesta pesquisa foram usadas as seguintes formas de análise de segmentos de textos como explicado a seguir, de acordo com Camargo e Justo (2013):

- Classificação Hierárquica Descendente - Os segmentos de texto são classificados em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é repartido em função da frequência das formas reduzidas. A partir de matrizes cruzando segmentos de textos (ST) e palavras (em repetidos testes do tipo *qui-quadrado*), aplica-se o método de CHD e obtém-se uma classificação estável e definitiva visando obter classes de ST que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si, e vocabulário diferente dos ST das outras classes.

- Nuvem de palavras – Faz o agrupamento de palavras e a organização gráfica de acordo com a frequência de aparecimento.
- Análise de similitude – Baseada na teoria dos grafos, possibilita identificar as coocorrências entre as palavras trazendo indicações da conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura da representação gráfica.

De forma a otimizar o uso do IRAMUTEQ®, o pesquisador deve realizar a preparação do corpus textual da pesquisa. Esta preparação inclui a leitura, correção e configuração do corpus textual em busca do maior número de palavras sejam aproveitadas, gerando uma porcentagem maior de ST. É considerado adequado um aproveitamento de ST de cerca 75%, podendo variar até no mínimo de 70%. Pode-se realizar a utilização de pelo menos dez entrevistas ou textos, com sugestão de que o corpus ideal seria entre 20 e 30 textos para análise no *software*. (ACAUAN *et al.*, 2020; CAMARGO; JUSTO, 2013).

Na análise de questões abertas do questionário do estudo, cada questão foi codificada e analisada separadamente totalizando cinco corpus textuais. As questões que contaram com o auxílio do *software* IRAMUTEQ® foram as questões três “Como você descreveria sua experiência na transição/transferência do paciente da UTI para Enfermaria e/ou da Enfermaria para UTI?”, seis “De que maneira você considera que essas informações devem ser repassadas?”, sete “Quais as principais dificuldades observadas durante a transição/transferência entre as unidades mencionadas?”, oito “Qual é o momento ideal para o processo de transição iniciar?” e nove “Quais são os agentes que devem estar implicados no processo de transição?”.

A análise das questões processadas a partir do *software* seguiram os passos da análise temática proposta por Braun e Clarke (2006), composta pelos seguintes níveis:

1. **Familiarizando-se com seus dados:** Transcrição dos dados (se necessário), leitura e releitura dos dados, apontamento de ideias iniciais.
2. **Gerando códigos iniciais:** Codificação das características interessantes dos dados de forma sistemática em todo o conjunto de dados, e coleta de dados relevantes para cada código.

3. **Buscando por temas:** Agrupamento de códigos em temas potenciais, reunindo todos os dados relevantes para cada tema potencial.

4. **Revisando temas:** Verificação se os temas funcionam em relação aos extratos codificados (nível 1) e ao conjunto de dados inteiro (nível 2), gerando um "mapa" temático da análise.

5. **Definindo e nomeando temas:** Nova análise para refinar as especificidades de cada tema, e a história geral contada pela análise; geração de definições e nomes claros para cada tema.

6. **Produzindo o relatório:** Seleção de exemplos vívidos e convincentes do extrato, análise final dos extratos selecionados, relação entre análise, questão da pesquisa e literatura, produzindo um relatório da análise.

A variedade de agrupamentos lexicais o *software* fornece contribui na realização da análise temática, uma vez que agiliza a etapa de recorte dos textos em que são retiradas as ideias centrais das falas dos participantes. Além disso, o agrupamento de palavras que é fornecido pelo IRAMUTEQ® a partir da frequência de aparecimento e a disposição gráfica destas, favorece a compreensão das falas dos participantes.

A etapa 2, geração de códigos iniciais foi realizada com a determinação dos ST. O *software* forneceu o agrupamento de códigos em temas potenciais, de modo que possibilitou o cumprimento do nível 3.

Nessa etapa é sugerido pelos autores que o maior número de temas seja incluído, para que seja possível identificar possíveis contradições, bem como explicitar um “mapa temático” que evidencie o padrão dos dados e a relação entre eles. Nesta perspectiva, o uso do IRAMUTEQ® viabilizou o processo de forma objetiva, uma vez que contribuiu com o resultado de análise do corpus, pois executou análises lexicais clássicas, assim como reduziu palavras com base em suas raízes, fornecendo os códigos iniciais e, posteriormente, a categorização nos níveis 3 e 4 (BRAUN; CLARKE, 2006; CAMARGO; JUSTO, 2013).

A análise de similitude realiza o agrupamento do tema pela conexidade entre as palavras, o que potencializa o corpus para a próxima fase de tratamento dos resultados obtidos e a interpretação. Esta é a fase mais delicada da análise temática, pois é a parte interpretativa da construção dos dados, que perpassa pela necessidade

do diálogo com o referencial teórico escolhido previamente, e desta forma foi realizada uma análise temática indutiva, em que os dados são prioritários ao surgimento das categorias para a compreensão do fenômeno durante o processo de tratamento dos dados (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O Quadro 3 sintetiza as etapas da metodologia e resultados da pesquisa.

Quadro 3 – Representação da Metodologia de Pesquisa

| Objetivos | Coleta de dados | Análise de dados | Resultados |
|---|---|---|--|
| a) Verificar a percepção dos profissionais de saúde sobre cuidados de transição | <ul style="list-style-type: none"> - Questão 3 “Como você descreveria sua experiência na transição/transferência do paciente da UTI para Enfermaria e/ou da Enfermaria para UTI?” - Questão 4 “Quais informações você considera essenciais serem recebidas?” - Questão 5 “Quais informações você considera essenciais serem repassadas?” - Questão 6 “De que maneira você considera que essas informações devem ser repassadas?” - Questão 7 “Quais as principais dificuldades observadas durante a transição/transferência entre as unidades mencionadas?” - Questão 8 “Qual é o momento ideal para o processo de transição iniciar?” - Questão 9 “Quais são os agentes que devem estar implicados no processo de transição?” | <ul style="list-style-type: none"> - Estatística descritiva pelo <i>software Microsoft Excel</i> - Análise com auxílio do <i>software IRAMUTEQ®</i> - Análise temática | <ul style="list-style-type: none"> - Desconhecimento de ferramenta de transição; - Equipe multiprofissional é essencial para transição segura; - Padronização do processo de transição é necessária; - Existem muitas falhas de comunicação; |

| | | | |
|--|--|---|---|
| <p>b) Elaborar <i>checklist</i> para transição de pacientes entre unidades</p> | <p>- Questão 3 “Como você descreveria sua experiência na transição/transferência do paciente da UTI para Enfermaria e/ou da Enfermaria para UTI?”</p> <p>- Questão 4 “Quais informações você considera essenciais serem recebidas?”</p> <p>- Questão 5 “Quais informações você considera essenciais serem repassadas?”</p> <p>- Questão 6 “De que maneira você considera que essas informações devem ser repassadas?”</p> <p>- Questão 7 “Quais as principais dificuldades observadas durante a transição/transferência entre as unidades mencionadas?”</p> <p>- Questão 8 “Qual é o momento ideal para o processo de transição iniciar?”</p> <p>- Questão 9 “Quais são os agentes que devem estar implicados no processo de transição?”</p> | <p>- Revisão de literatura</p> <p>- Resultados obtidos a partir do objetivo “a”</p> | <p>- <i>Checklist</i> de transferência interna de pacientes</p> |
|--|--|---|---|

Fonte: A Autora (2021).

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo parecer nº 4.413.880 (ANEXO 1) do Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do

Paraná em 23 de novembro de 2020, cumprindo as normas descritas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

A documentação completa do projeto por ser acessada a partir da Plataforma Brasil pelo CAAE 34646920.9.0000.0102.

6 RESULTADOS

Quanto ao sexo, 17 eram do sexo feminino (85%) e apenas três do sexo masculino (15%). Em relação a idade, 12 participantes (60%) estavam na faixa etária de 31 a 40 anos, quatro participantes (20%) encontravam-se na faixa etária de 41 a 50 anos, três participantes (15%) entre 21 e 30 anos e um participante (5%) acima de 50 anos.

Em relação à formação profissional, a maior parte dos participantes da pesquisa eram da classe da Enfermagem com 12 respondentes que somam 60% das respostas, divididos em nove enfermeiros (45%) e três técnicos em enfermagem (15%), em seguida quatro médicos (20%), dois fisioterapeutas (10%) e uma nutricionista e uma fonoaudióloga cada um com 5% de representatividade.

A qualificação profissional destes era na maioria de Pós-graduação *lato sensu* com nove participantes (45%), Residência com três participantes (15%), Nível técnico, Graduação, Mestrado e Doutorado com dois participantes cada, perfazendo 10%.

No que tange ao tempo de experiência profissional, a metade dos participantes (50%) apresentou de 11 a 20 anos de formação, seguido de sete participantes (35%) com tempo entre cinco e 10 anos, dois participantes (10%) com mais de 20 anos de formação e um participante (5%) com menos de cinco anos de experiência profissional. O tempo de trabalho na unidade atual foi menor de cinco anos em 14 das respostas (70%) e maior de cinco anos em seis das respostas obtidas (30%). A Tabela 1 apresenta os dados encontrados entre os participantes da pesquisa.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes

| Variáveis | n | % |
|---------------------|----------|----------|
| Gênero | | |
| Feminino | 17 | 85 |
| Masculino | 3 | 15 |
| Idade | | |
| 21 a 30 anos | 3 | 15 |
| 31 a 40 anos | 12 | 60 |
| 41 a 50 anos | 4 | 20 |
| >50 anos | 1 | 5 |
| Formação | | |
| Enfermagem superior | 9 | 45 |
| Enfermagem técnico | 3 | 15 |

| | | |
|---|----|----|
| Medicina | 4 | 20 |
| Fisioterapia | 2 | 10 |
| Fonoaudiologia | 1 | 5 |
| Nutrição | 1 | 5 |
| Qualificação profissional | | |
| Nível técnico | 2 | 10 |
| Graduação | 2 | 10 |
| Pós-graduação <i>lato sensu</i> | 9 | 45 |
| Residência | 3 | 15 |
| Mestrado | 2 | 10 |
| Doutorado | 2 | 10 |
| Tempo de experiência profissional | | |
| <5 anos | 1 | 5 |
| 5 a 10 anos | 7 | 30 |
| 11 a 20 anos | 10 | 50 |
| >20anos | 2 | 10 |
| Tempo de trabalho na unidade atual | | |
| <5 anos | 14 | 70 |
| >5 anos | 6 | 30 |

Fonte: A autora (2021).

6.1 Percepção dos participantes quanto aos cuidados de transição

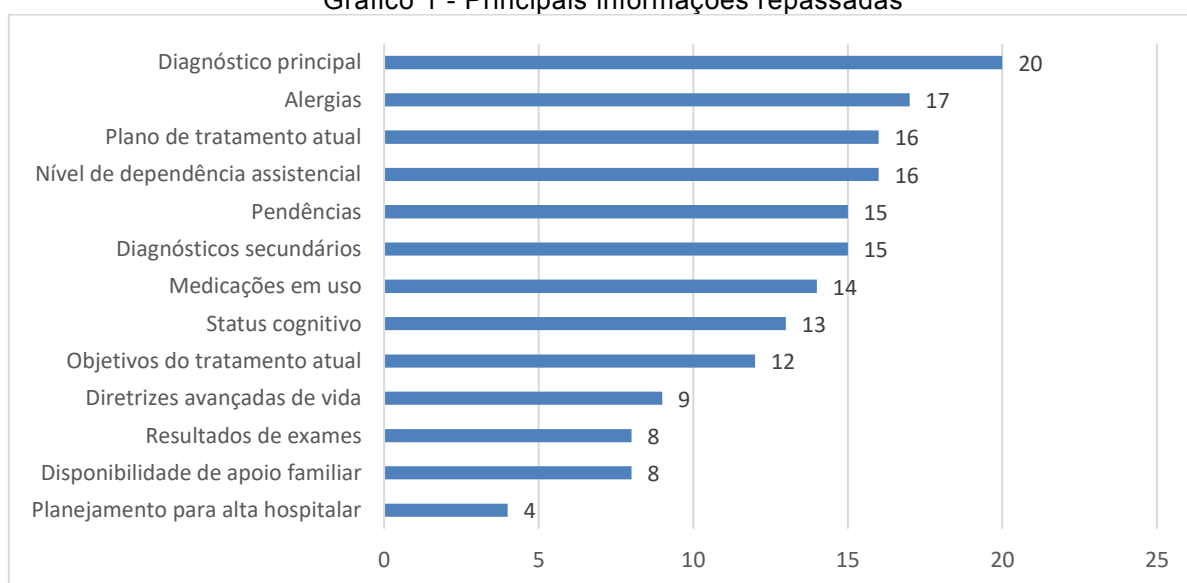
A primeira questão do questionário proposto aos participantes tratava do conhecimento destes acerca de um protocolo de transição/transferência dos pacientes internados no CHC/UFPR e teve 100% de negativas, ou seja, no momento da realização da pesquisa nenhum dos profissionais participantes tinha conhecimento de algum protocolo em relação à transferência de pacientes.

A pergunta “Quais informações você considera essenciais serem repassadas?” apresentava um quadro com 13 opções que poderiam ser escolhidas concomitantemente, de forma a demonstrar as informações essenciais de estarem dispostas no protocolo, além de uma opção em branco para sugestões. As opções eram diagnóstico principal, status cognitivo, resultados de exames, plano de tratamento atual, planejamento para alta hospitalar, pendências, objetivos do tratamento atual, nível de dependência assistencial, medicações em uso, disponibilidade de apoio familiar, diretrizes avançadas de vida, diagnósticos secundários e alergias.

Dentre as opções, diagnóstico principal foi escolhido como essencial por todos os 20 participantes da pesquisa, alergias apareceu com 17 respostas, plano de

tratamento atual e nível de dependência assistencial obtiveram 16 marcações, pendências e diagnósticos secundários representaram 15 marcações cada, medicações em uso representam 14 respostas, status cognitivo apareceu em 13 respostas, objetivos do tratamento atual em 12 respostas dos participantes, diretrizes avançadas de vida representou 12 marcações dos participantes, resultados de exames e disponibilidade de apoio familiar compreenderam oito marcações e planejamento para alta hospitalar teve quatro marcações. O Gráfico 1 apresenta os resultados encontrados na pesquisa a partir da resposta dos participantes.

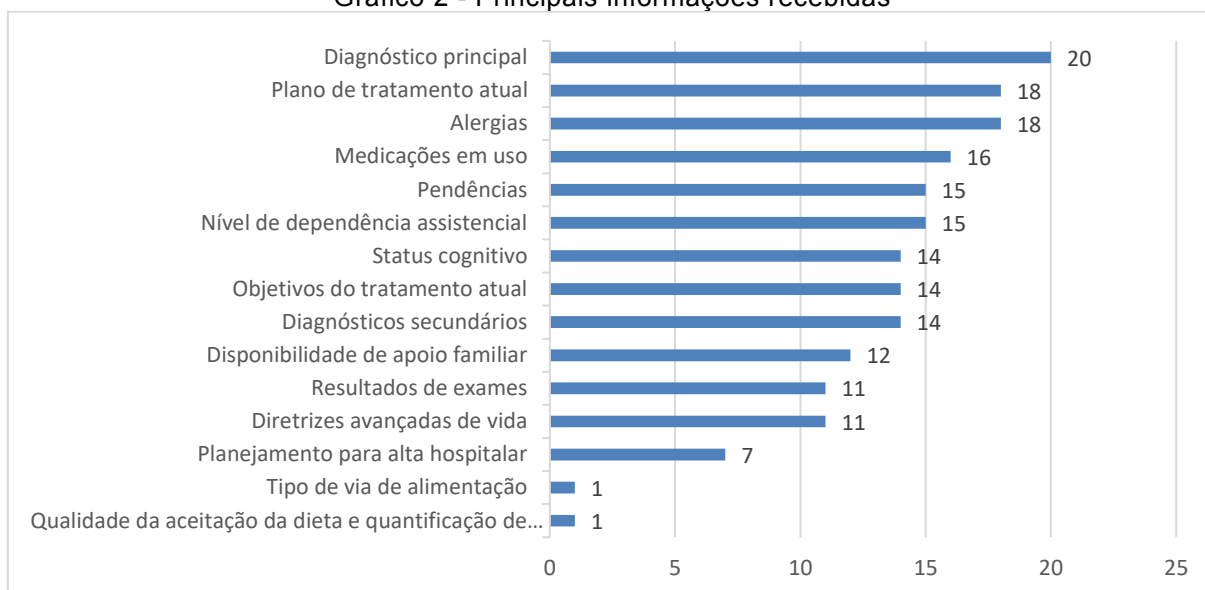
Gráfico 1 - Principais informações repassadas



Fonte: A autora (2021).

A pergunta “Quais informações você considera essenciais serem recebidas?” concentrava as mesmas perguntas da questão anterior e tinha o propósito de compreender se as demandas de informação seriam as mesmas para a unidade que recebe o paciente tanto quanto para a unidade de irá transferi-lo. Como na questão anterior, havia uma questão em branco aberta para sugestões pertinentes e foram recebidas duas sugestões de um dos participantes *Qualidade da aceitação da dieta e quantificação de eliminações fisiológicas e tipo de via de alimentação*. O Gráfico 2 representa as respostas dos participantes conforme descrito.

Gráfico 2 - Principais informações recebidas



Fonte: a autora (2021).

Assim como na questão anterior, todos os 20 participantes consideraram essencial a informação de diagnóstico principal, 18 dos participantes consideraram plano de tratamento atual e alergias como essenciais, medicações em uso foi marcado com 16 respostas, pendências e nível de dependência assistencial foi representativo para 15 participantes, 14 respostas definiram como essenciais status cognitivo, objetivos do tratamento atual e diagnósticos secundários, disponibilidade de apoio familiar recebeu 12 marcações, diretrizes avançadas de vida e resultados de exames representaram 11 marcações, planejamento para alta hospitalar representou sete respostas dos participantes.

Quando se compara as respostas das perguntas acima, percebe-se que mesmo sendo um movimento cíclico de recebimento de informações e repasse destas, os participantes apreendem relevância diferente entre as informações. As informações consideradas menos relevantes foram planejamento para alta hospitalar, diretivas avançadas de vida, disponibilidade de apoio familiar e resultados de exames em ambas as perguntas, além da sugestão de uma das participantes sobre tipo de via de alimentação e qualidade da aceitação da dieta.

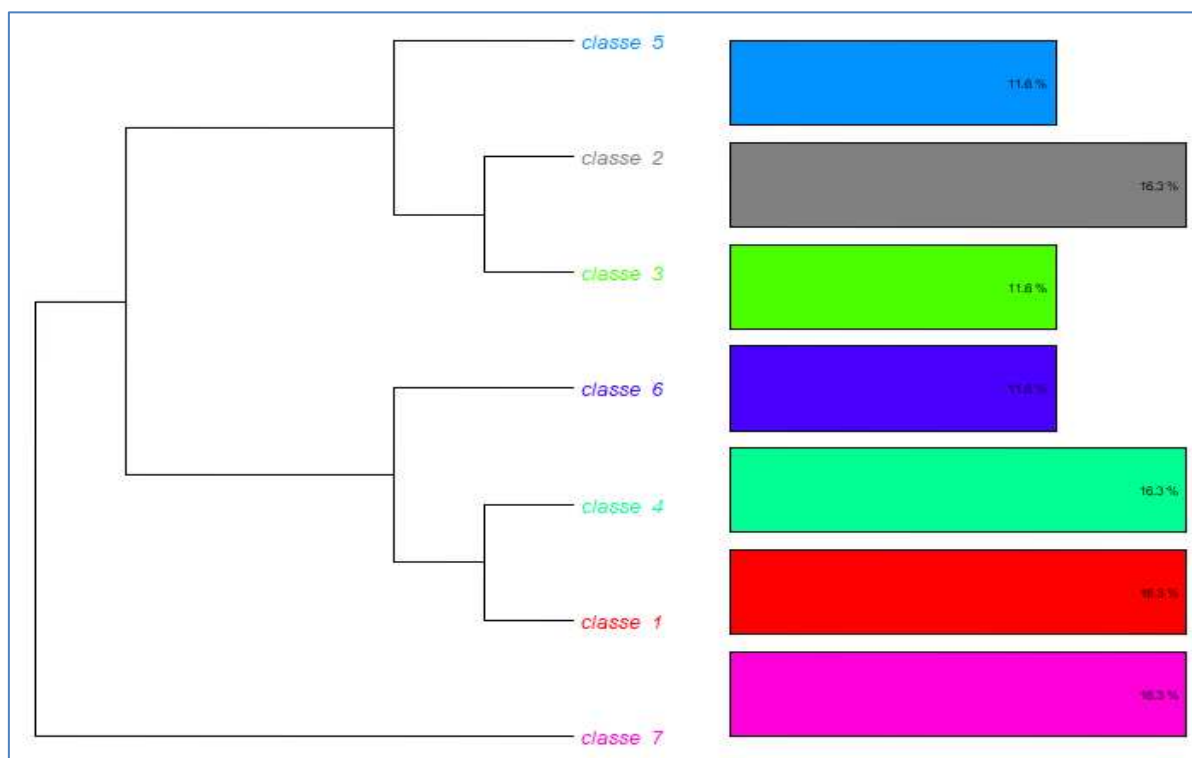
Foram processados e analisados cinco textos pelo *software* IRAMUTEQ®, dos quais obtiveram-se 49 segmentos de texto (ST), em que 43, ou seja, 87,86% foram aproveitados. Foram encontradas 1762 ocorrências, 487 formas e 287 *hapax*, que representam as palavras utilizadas apenas uma vez pelos participantes. Após o

dimensionamento desses segmentos de texto, definiram-se sete classes, apresentadas no dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) (FIGURA 8).

O corpus total foi dividido em três *subcorpora*. De um dos *subcorpora*, obteve-se as classes um e quatro fortemente ligadas entre si e diretamente ligadas com a classe seis, que está interligada à classe cinco, que por sua vez encontra-se interligada à classe dois, e esta encontra-se fortemente ligada à classe três. A classe sete se encontra conectada e fortemente interligada às classes cinco e seis.

O *subcorpora* da classe sete, correspondendo a 16,3% dos STs. O subcorpus da classe seis corresponde a 11,6 % dos STs e mais duas repartições que originaram a classe quatro, representando 16,3% dos STs e classe um, com 16,3% do total dos STs do corpus total. Do outro *subcorpora*, obteve-se a classe cinco que concentra 11,6% dos STs do corpus total, e mais duas repartições que originaram as classes dois, representando 16,3% dos STs. E a classe três representando 11,6% do corpus total (FIGURA 9).

Figura 9 – Dendrograma³ de classes



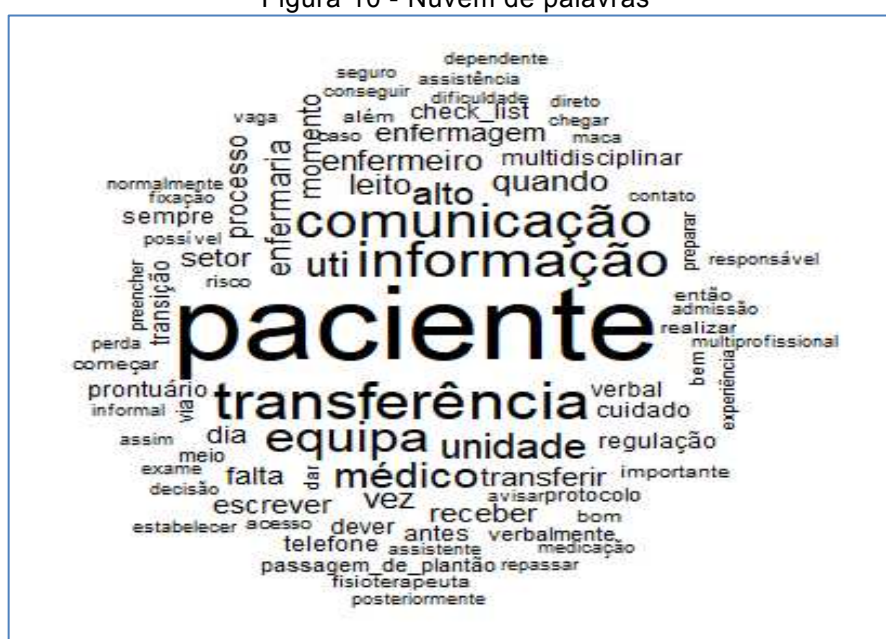
Fonte: a autora (2021)

³ Dendrograma (dendr(o) = árvore) é um tipo específico de diagrama ou representação icônica que organiza determinados fatores e variáveis.

As principais palavras ativas encontradas pela análise do IRAMUTEQ® foram paciente (n=50), transferência (n=23), informação (n=21), comunicação (n=20), equipe (n=18), médico (n=14), UTI (n=13), unidade (n=13), enfermaria (n=10), leito (n=9) e enfermeiro (n=9).

A nuvem de palavras (FIGURA 10) extraída do *software*, produz uma representação gráfica das palavras mais frequentes do corpus textual. As palavras com maior destaque se concentram no centro da nuvem de palavras e possibilitam identificar as ideias mais vinculadas ao tema principal da pesquisa.

Figura 10 - Nuvem de palavras



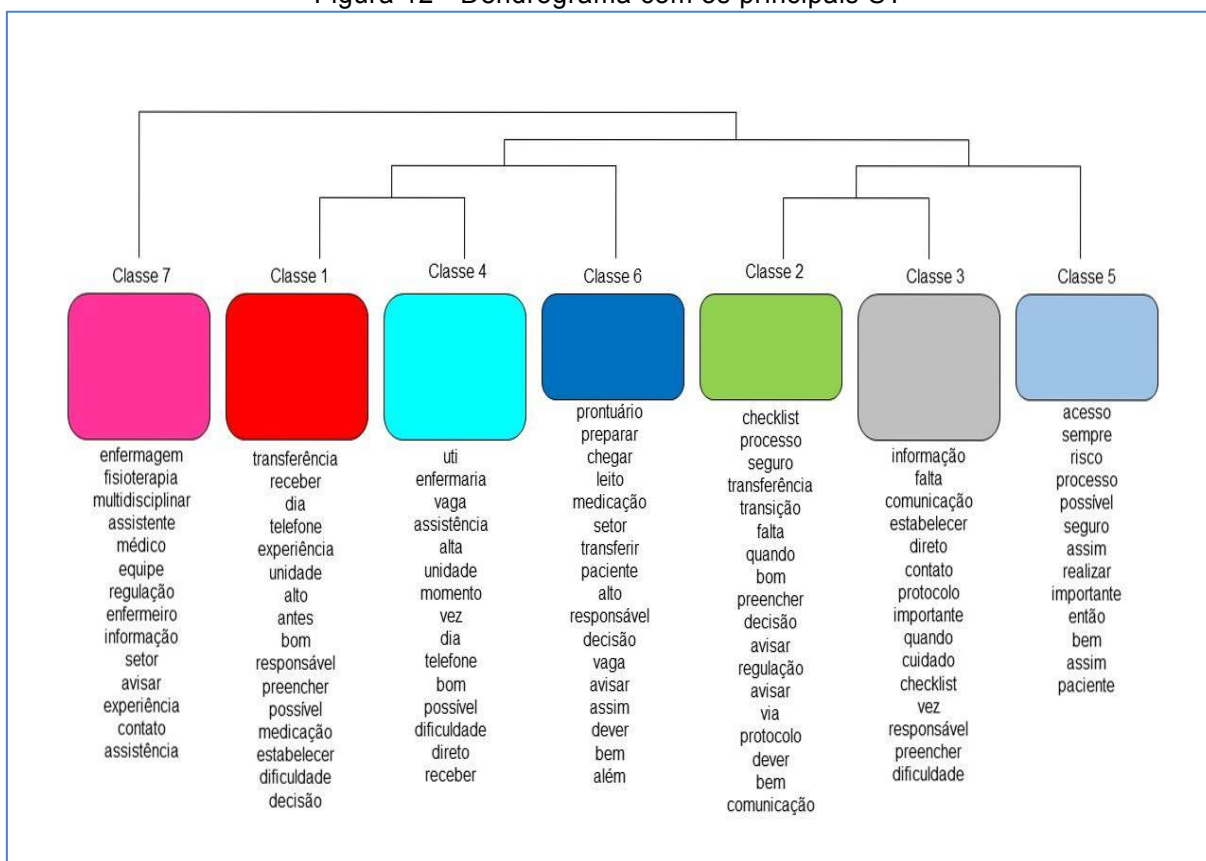
Fonte: A autora (2021)

Assim como na Análise de Similitude (FIGURA 11), que demonstra a forma como as palavras se conectam, mostrando de forma bastante didática as classes que foram estabelecidas pela CHD. Na representação escolhida para representar este tipo de análise do *software* chamada de “árvore máxima”, as palavras se conectam como em ramos partindo de uma raiz, neste caso, a palavra raiz encontrada é *paciente*, ramificando-se em agrupamentos principais pelas palavras *uti*, *unidade*, *transferência*, *informação*, *comunicação* e *equipe*.

Após a leitura e releitura das respostas do questionário associando as palavras ativas mais frequentes, as classes geradas pelo IRAMUTEQ®, a conexão mostrada entre essas palavras (FIGURA 12), além da revisão de literatura foram determinados três temas para análise efetiva da pesquisadora:

- A multidisciplinaridade como ferramenta de cuidados de transição composta pela classe 7;
- Ferramentas necessárias para efetivação dos cuidados de transição compostas pelas classes 2, 3 e 5;
- Comportamentos e ações necessárias para transição segura compostas pelas classes 1, 4 e 6.

Figura 12 - Dendrograma com os principais ST



Fonte: a autora (2021)

6.1.1 A multidisciplinaridade como ferramenta de cuidados de transição

As palavras mais utilizadas na classe 7 foram *enfermagem*, *fisioterapeuta*, *multidisciplinar*, *médico*, *equipe*. O papel da equipe multidisciplinar é considerado essencial e é o início, meio e fim para que haja mudança de condutas, culturas e

quebras de paradigmas nos serviços. A análise realizada pelo *software* IRAMUTEQ®, fez a mesma associação devido à frequência e colocação das palavras nas respostas dos participantes e, mesmo sendo uma classe isolada na representação do dendrograma de classes, esta é a classe matriz das outras.

O discurso dos profissionais participantes da pesquisa, quando perguntados acerca das categorias profissionais que deveriam participar da transição entre as unidades, demonstra que grande parte entende que este processo deve ocorrer de forma multidisciplinar, com protagonismo da classe médica e enfermagem.

“Equipe multidisciplinar” (P4)

“Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas e psicólogos. Basicamente toda equipe multidisciplinar.” (P5)

“Equipe multidisciplinar” (P7)

“Médico enfermeiro fisioterapeuta” (P8)

“Todos os profissionais.” (P9)

“Equipe multidisciplinar” (P12)

“Enfermeira, técnico de enfermagem, médico, fisioterapeuta, assistente social (avisar família)” (P15)

“Médico e enfermeiro.” (P20)

Para que a transição do paciente seja segura entre os níveis assistenciais dentro das instituições, é essencial que um profissional seja designado como líder e este desempenhe o papel de coordenação da alta hospitalar, e promova a integração os membros da equipe assistencial a favor de uma ação conjunta e de uma assistência mais qualificada.

Como já dito anteriormente, a transferência de pacientes entre unidades é um fenômeno complexo, que envolve vários complicadores como alteração na quantidade de equipamentos médico-hospitalares, medo da morte, complexidade clínica do paciente, além do relacionamento entre os profissionais e entre os profissionais e o paciente e família.

Apenas dois participantes da pesquisa citaram os próprios pacientes e/ou suas famílias como personagens relevantes no processo de transição.

“Equipe multidisciplinar, paciente e apoio familiar ou serviço social” (P11)

“Paciente, equipe multidisciplinar das duas unidades e familiares” (P14)

Estas falas demonstram que há uma falta de entendimento dos profissionais acerca do protagonismo do paciente dentro do processo de cuidado e transição.

Os participantes também apontaram o papel do Núcleo Interno de Regulação⁴ (NIR) como relevante na transmissão de informações, servindo como um elo entre as equipes assistenciais.

“O papel do NIR nesse processo deve ser discutido. Como regulador das vagas, entendo que ele deve ser ponto entre as equipes da UTI e Enfermaria para facilitar o estabelecimento fácil e rápido de comunicação DIRETA entre médicos e enfermeiros das unidades.” (P6)

“A transferência se dá por meio informal e começa com a comunicação pela Regulação do nome do paciente e posteriormente a unidade que vai transferir faz uma “passagem de plantão” verbal. Normalmente via telefone” (P14)

“Omissão de informações, ruído de comunicação com diferentes dados sobre o mesmo paciente (Regulação fala uma coisa e a unidade de origem outra coisa) e registro das informações pela enfermagem” (P14)

O NIR foi alocado nesta categoria devido ao fato de coordenar as transferências dos pacientes em conjunto com a equipe assistencial no CHC-UFPR, e devido ao fato de ter como membros da equipe médicos e enfermeiros. É responsabilidade do núcleo definir para onde o paciente vai ser transferido a partir da patologia e quadro clínico e passar o caso clínico ao médico responsável, antes da comunicação entre as equipes acontecer.

6.1.2 Ferramentas necessárias para efetivação dos cuidados de transição

As palavras mais utilizadas nesta categoria foram *checklist*, *processo*, *seguro*, *transferência*, *informação*, *falta*, *comunicação*, *estabelecer*, *acesso*, *sempre* e *risco*. Compreende-se deste apanhado que para uma transição segura é necessário um processo padronizado, como um *checklist* para estabelecer uma comunicação livre de riscos. A fala dos participantes demonstra a necessidade deste processo conforme relatado, sugerindo que um *checklist* poderia fortalecer a segurança das transições.

Poderia ter um checklist implantado nos setores ao qual deveria ser preenchido ...para não haver falta de informações.” (P1)

⁴ O Núcleo Interno de Regulação (NIR) é uma unidade que possibilita monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar.

“Checklist rápido, com especificações para cada especialidade preencher.” (P4)

“Um formulário padronizado com informações inerentes as equipes (fisio, médico, enfermagem, fono, psico) assistenciais auxiliaria na transparência das informações relevantes a serem passadas para que a assistência não seja descontinuada.” (P14)

“Falta um checklist para a transferência dos pacientes” (P16)

“Ideal seria com um instrumento de apoio. Facilitaria o processo e diminuiria a perda de informações.” (P18)

No sentido de estabelecer contato com a unidade responsável, a comunicação pode ser realizada tanto de forma verbal, como por escrito. As duas formas são complementares, com a diferença de que a comunicação verbal reporta os acontecimentos em tempo real e a comunicação escrita garante a documentação permanente ao longo do tempo.

Esta forma multimodal de comunicação foi a escolhida da maioria dos participantes da pesquisa, que associaram a comunicação verbal e escrita como a forma mais adequada de se transferir informações do paciente.

“Verbalmente e por escrito” (P2)

“Verbal e por escrito” (P3)

“Verbalmente, por telefone ou ao vivo.” (P6)

“Verbalmente e por escrito” (P7)

“Repassada verbalmente e por escrito” (P10)

“Telefone e por escrito” (P12)

“Pessoalmente ou via telefonia” (P17)

Ainda, é salientado pelos participantes quais seriam as informações mais importantes que deveriam estar inseridas na passagem de caso do paciente, independente de sua procedência.

“[...] deve haver um protocolo ou documento escrito e assinado com todas as informações escritas, horário de transferência e quem transfere/quem recebe.” (P5)

“[...] informações sobre o paciente (diagnóstico, medicações, exames, tipo de prevenção, alterações em exames, alergias, tipo de dependência e acessos) e etc.” (P17)

6.1.3 Comportamentos e ações necessárias para transição segura

Nesta categoria as palavras mais relevantes foram *transferência, receber, telefone, experiência, UTI, enfermaria, prontuário, preparar, leito e medicação.*

Se por um lado, a comunicação é a chave para transições seguras, falhas de comunicação são identificadas como fundamentais para processos inadequados e fragmentação do cuidado. Informações incompletas, dificuldade de acesso ao profissional responsável pelo paciente, desconhecimento do caso clínico do paciente, são as principais dificuldades apresentadas pelos participantes da pesquisa.

“As dificuldades são a falta de comunicação e muitas vezes o esquecimento de uma informação...” (P1)

“A falta de comunicação” (P3)

“Perda de informações, gerando descontinuidade do tratamento.” (P4)

“Perda de informações importantes.” (P5)

“O estabelecimento de comunicação entre os dois médicos. No HC, o grande número de médicos e residentes faz com que seja difícil estabelecer contato direto com o próximo médico responsável pelos cuidados do paciente, para então repassar as informações.” (P6)

“Informações não condizentes com o quadro falta de entendimento e de preparo para quem vai receber o paciente quando sai da unidade intensiva para enfermaria” (P8)

“Falha de comunicação” (P10)

“O repasse correto dessas informações.” (P11)

“Informações importantes muitas vezes não são repassadas, o que prejudica o cuidado integral ao paciente” (P12)

“Informações incorretas, seja pela avaliação do próprio paciente. Ou desconhecimento do profissional que está transferindo o paciente.” (P18)

Para reduzir as chances de problemas de comunicação, que são potencialmente danosos aos pacientes, a transição deve ser iniciada assim que o paciente é admitido no hospital, mesmo que tenha sido internado devido à causas agudas. Isso com o objetivo de que os planos de cuidado possam ser realizados precocemente, e as condutas tomadas estejam dentro de um planejamento realizado entre a equipe, o paciente e a família. Como relatado uma pequena parte dos participantes.

“Na entrada do paciente na Unidade e na transferência ou alta hospitalar” (P3)

“Admissão do paciente” (P12)

“Na admissão.” (P18)

Esta parte dos participantes da pesquisa percebem que o processo de transição deve ser iniciado antes da alta do paciente, mas entendem o processo de forma pouco aprofundada, tratando a transição como o momento de transferência

entre as unidades e não como um processo complexo. Este pensamento é relatado pelos participantes com o entendimento de que a transição inicia na alta médica.

“Desde a decisão de transferir o paciente” (P14)

“No ato da alta do médico” (P16)

“No momento do conhecimento da transição” (P17)

Ainda quando perguntados quando o processo de transição deve começar, a maioria dos participantes assimilou o processo de transição à transferência física do paciente, observa-se a preocupação com o tempo para realizar os procedimentos de transferência, conferência dos dispositivos e organização do prontuário médico.

“Nosso trabalho focado no momento da transferência segue estabelecer uma comunicação com a unidade de transferência para saber a respeito do leito... essa comunicação é feita pela enfermeira responsável. Após confirmado e liberado então preparamos o paciente, comunicando e colocando seus pertences, medicação, prontuário juntos... e assim encaminhamos o mesmo ao setor... Ao chegarmos no setor aguardamos o responsável pelo paciente...e faz parte ajudar a acomodar o paciente no leito... passamos o plantão. Ao receber um paciente na UTI, devemos saber o prognóstico e como o estado do paciente chegará ao setor para que possamos preparar o leito conforme suas necessidades.” (P1)

“Sempre muito importante o cuidado com sondas e drenos, risco de queda, verificação de sinais vitais antes e durante a mobilização do paciente da cama para a maca ou cadeira de rodas. O transporte do paciente em macas nem sempre é confortável então, tentar tornar o trajeto menos penoso conversando com o cliente, observando e verificando possíveis expressão de dor ou dispneia. Ansiedade do paciente em voltar para casa é quase sempre perceptível ou externada durante a conversa, transferir para a enfermaria é o meio.” (P13)

“A transferência é realizada após contato telefônico dos profissionais de enfermagem e medicina, para passar o caso do paciente em questão. No entanto, há informações e documentos que são perdidos nesse processo.” (P5)

“O processo é simples. Assim q o leito é disponibilizado. Realiza-se a passagem de plantão p enfermeiro, que orienta o preparo do leito. Encaminha-se o paciente, se crítico com médico e enfermeiro, se estável com equipe técnica. Prontuário, medicações em uso são levadas com paciente bem como uso de pulseira de identificação. Se finaliza transferindo no sistema.” (P18)

Outro ponto importante apresentado foi a qualidade da preparação da equipe receptora em receber o paciente, nestes casos, proveniente de UTI. Os profissionais observam que durante a transição do paciente que apresenta necessidades de cuidado mais complexas, pode haver dificuldade da unidade receptora em realizar os cuidados adequadamente, o que pode acontecer por diversos motivos como menor proporção de profissionais por paciente, diminuição de aparato tecnológico, experiência profissional e estado clínico do doente.

“Despreparo e medo da equipe de enfermagem para receber paciente dependente e que necessita de maior cuidado na assistência” (P8)

“Negativa. Principalmente que às vezes o paciente tem alta da UTI com Nada Por Via Oral e quando chega na Enfermagem eles liberam a dieta sem ler o prontuário do paciente.” (P20)

Ainda, foi observado que outros fatores podem dificultar a segurança da transição, como horário e efetivo de profissionais disponível.

“Às vezes confusa por causa do efetivo de funcionários ou horário, mas na maioria das vezes da UTI para enfermagem pelo menos no noturno tem dado certo apesar de alguns contratempos as vezes.” (P19)

6.2 Produto da pesquisa: *Checklist* de transferência interna de pacientes

A elaboração do presente instrumento levou em conta a revisão de literatura realizada, associada aos resultados da pesquisa. Este foi um processo complexo, profundo e com necessidade de muita atenção da pesquisadora para que itens essenciais não fossem excluídos.

Assim como no estudo de De Grood *et al* (2018), o instrumento foi baseado em três pilares: usabilidade, flexibilidade e *accountability*. A usabilidade se refere à facilidade de preenchimento, a construção intuitiva e a possibilidade de atualização conforme as necessidades dos profissionais. A flexibilidade é associada às formas variadas de preenchimento como itens com texto livre e itens com marcação em caixas de seleção, oferecendo ao profissional otimização do seu tempo e possibilidade de personalização de informações consideradas importantes. E a *accountability* é a responsabilização dos profissionais em todo o processo, determinando quem é e quem será o profissional de referência para a transição do paciente.

O *layout* do instrumento e o conteúdo foram baseados no estudo de Hemesath *et al.* (2019) e alterado conforme os resultados da pesquisa e composto por 40 itens. Inicia-se pela identificação das unidades relacionadas e dos responsáveis pelo processo de transferência do paciente. A seguir, encontram-se os dados do paciente com nome completo, registro hospitalar, data de nascimento, idade, nome da mãe, familiar/cuidador de referência e telefone de contato.

Em seguida são apresentados os dados da internação atual com data de internação, diagnóstico principal/ motivo da internação, diagnósticos secundários, alergias, tipo de isolamento, medicações em uso, infusões contínuas, complexidade assistencial (cuidado mínimo, intermediário, alta dependência, semi intensivo, intensivo) baseado no modelo de Fugulin (2002), dieta (via oral, sonda nasoenteral,

sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia, jejum, nada por via oral), acesso venoso (periférico, central ou central para hemodiálise e localização), suporte ventilatório (ar ambiente, cateter nasal, máscara de reservatório, névoa úmida, ventilação mecânica invasiva por tubo orotraqueal ou traqueostomia, névoa úmida em traqueostomia, cateter nasal de alto fluxo).

As eliminações foram divididas entre diurese (espontânea, uropen, cateterismo vesical intermitente ou de demora) e evacuação (espontânea ou sonda retal), drenos e curativos (tipo e localização), exames alterados, pendências, intercorrências nas últimas 24 horas, planejamento antecipado de alta e objetivos do tratamento atual.

O último bloco de informações corresponde aos riscos assistenciais e observações da equipe referentes a alteração do nível de consciência, contenção mecânica, fratura ou restrição para mobilização, risco de fuga, risco de quedas, risco de suicídio, lesão de pele, pertences. Este com opção de marcação de sim ou não e anotação de observações pertinentes.

O item “pertences” foi colocado no instrumento pela experiência empírica da pesquisadora enquanto enfermeira assistencial, uma vez que as unidades de internação não dispõem de armários para a guarda dos pertences dos pacientes e frequentemente estes internam com variados itens como celulares, próteses dentárias, vestimentas, objetos pequenos de alto valor financeiro ou emocional como alianças e dinheiro.

Para facilitar o preenchimento e otimizar o espaço do instrumento, ao final da página encontra-se a legenda das abreviações realizadas. Diferente do painel de De Grood *et al* (2018) que contava com 63 itens optou-se por uma versão mais enxuta, com os itens específicos dos sistemas corporais podendo ser acrescentados na opção “intercorrências nas últimas 24h” ou nos “objetivos do tratamento atual”. A representação do instrumento é mostrada na Figura 13.

O presente instrumento foi registrado na Câmara Brasileira do Livro por meio do registro DA-2021-009901.

Figura 13 - Produto da Pesquisa

| CHECKLIST DE TRANSFERÊNCIA INTERNA DE PACIENTES | | | | |
|--|------------------------------------|---|---------------------------------|-------------------------------|
| DATA: ____/____/____ | | | | |
| Unidade de origem: | | Unidade de destino: | | |
| Responsável: | | Responsável: | | |
| IDENTIFICAÇÃO | | | | |
| Nome completo: | | | | |
| Registro: | Data de nascimento: ____/____/____ | | Idade: | |
| Nome da mãe: | | | | |
| Familiar/cuidador de referência: | | | Contato: | |
| DADOS DA INTERNAÇÃO | | | | |
| Data de internação CHC/UFPR: | | | | |
| Diagnóstico principal/ motivo da internação: | | | | |
| Diagnósticos secundários: | | | | |
| Alergias () Sim () Não | | Tipo: Isolamento: | | |
| Medicações em uso: | | Infusão contínua: | | |
| Complexidade assistencial: () Cuidado mínimo () Intermediário () Alta dependência () Semi-intensivo () Intensivo | | | | |
| Dieta () VO ¹ () SNG ² () SNE ³ () Gastrostomia () Jejunostomia () Jejum () NPO ⁴ | | | | |
| Acesso venoso () Periférico () Central () Central HD ⁵ Localização: | | | | |
| Suporte ventilatório () Ar ambiente () Cateter nasal ____l/min () Máscara com reservatório ____l/min () Névoa ____l/min () VMI TOT ⁶ Fio2____ PEEP____ () VMI TQT ⁷ Fio2____ PEEP____ () TQT névoa ____l/min () CNAF ⁸ ____l/min | | | | |
| Diurese: () Espontânea () Uropen () CVI ⁹ () CVD ¹⁰ | | Evacuação: () Espontânea () Sonda retal | | |
| Drenos () sim () não | | Tipo/Localização: | | |
| Curativos () sim () não | | Tipo/Localização: | | |
| Exames alterados | Pendências | Intercorrências nas últimas 24h | Planejamento antecipado de alta | Objetivos do tratamento atual |
| RISCOS E OBSERVAÇÕES | | | | |
| | Sim | Não | Observações | |
| Alteração do nível de consciência | | | | |
| Contenção mecânica | | | | |
| Fratura ou restrição para mobilização | | | | |
| Fuga | | | | |
| Queda | | | | |
| Suicídio | | | | |
| Lesão de pele | | | | |
| Pertences | | | | |

Legenda: ¹ VO: VIA ORAL; ² SNG: SONDA NASOGÁSTRICA; ³ SNE: SONDA NASOENTERAL; ⁴ NPO: NADA POR VIA ORAL; ⁵ HD: HEMODIÁLISE; ⁶ VMI TOT: VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA POR TUBO OROTRAQUEAL; ⁷ VMI TQT VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA POR TRAQUEOSTOMIA; ⁸ CNAF: CÂNULA NASAL DE ALTO FLUXO; ⁹ CVI: CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE; ¹⁰ CVD: CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

7 DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa relativos à caracterização dos participantes, não diferem de outros estudos, principalmente em relação ao gênero dos participantes. Para exemplificar, um diagnóstico do perfil da equipe de enfermagem no Brasil realizado pelo COFEn em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em 2015, identificou que a classe é composta por cerca de 85% de mulheres. Outro estudo, realizado pelo CFM em conjunto com Universidade de São Paulo (USP), encontrou maior representatividade entre as mulheres na faixa etária até 34 anos, com discreta diminuição após esta faixa (SCHEFFER *et al.*, 2020; SILVA, M. C. N. Da; MACHADO, 2020).

A maior parte dos respondentes se caracterizou por profissionais de enfermagem, o que pode ser explicado por ser o maior quantitativo profissional na instituição. O tempo de trabalho na unidade atual menos que cinco anos tem relação ao ingresso a partir de 2015 de parte dos participantes pela rede EBSE RH após concurso e durante a pandemia de COVID-19 onde foi necessária a abertura de Processo Seletivo Emergencial (PSE) para a contratação de novos profissionais.

Quando questionados sobre a existência de protocolos de transferência, os profissionais afirmaram desconhecer tal instrumento, porém o hospital possui fluxos de transferência entre unidades de responsabilidade da Unidade de Regulação Assistencial (URA), especificamente o Núcleo Interno de Regulação (NIR), disponíveis pela intranet do CHC-UFPR, com livre acesso aos trabalhadores. A unidade dispõe de sete Procedimentos Operacionais Padrão (POP), destes três tratam de transferência de pacientes (POP-URA-Nº1; POP-URA-Nº2 E POP-URA-Nº5).

Estes protocolos são direcionados ao NIR, mas determinam o caminho que as equipes assistenciais devem seguir para efetivar a transferência de um paciente. Além disso, apresenta um modelo base de informações que são solicitadas pelo NIR quando da informação da alta do paciente pelo médico assistente com classificação de estado mental, oxigenação, deambulação, alimentação, eliminação e outras condições (isolamento, tipo de internamento clínico ou cirúrgico).

O NIR tem papel estratégico na transição dos pacientes. Realiza a organização do fluxo do paciente desde sua entrada no hospital até sua alta, determina as unidades de internação a partir do quadro clínico, patologia e recursos disponíveis e fornece à

gestão informações acerca da ocupação de leitos, tempo de limpeza de leitos, tempo de internação hospitalar, realocando os pacientes de forma a evitar a superlotação que pode gerar suspensão de procedimentos cirúrgicos, o não atendimento de demandas de cuidados intensivos e também favorece o aproveitamento de leitos pela condição clínica do doente e não pela especialidade (BRASIL, 2017).

A percepção dos participantes quanto à experiência no processo de transição na prática assistencial é prioritariamente negativa, devido a aspectos operacionais como falta de padronização do processo e pela perda de informações decorrente desta falta. Os profissionais compreendem a necessidade de uma transição parametrizada, mas entendem que mesmo com um instrumento, ainda é dependente de profissional para profissional. Meleis (2010), afirma que as transições sempre têm caráter positivo, porém para que tenham esta característica são necessárias mudanças culturais que levam tempo até a implementação efetiva de forma institucionalizada afim de proporcionar o tempo necessário para que o paciente transite.

Percebe-se no discurso dos participantes que o processo de transferência é visto majoritariamente da UTI para a enfermaria, isso se deve a maior parte dos participantes serem de profissionais de saúde lotados em UTI. Na literatura também se encontra um abismo entre os estudos que avaliam as transições em UTI para aqueles que avaliam em sentido oposto. Uma revisão de escopo realizada por Rochester-Eyeguokan *et al* (2016), avaliando o cenário das práticas de transição do cuidado encontrou apenas um estudo que tratava da transferência de pacientes para UTI.

Outro aspecto importante é a preparação da equipe para receber o paciente na unidade de destino. Com o uso de critérios bem estabelecidos de transferência, as equipes podem se preparar melhor para o cuidado que será necessário, individualizando o cuidado e a gestão pode oferecer recursos para treinamento desses profissionais para que as diferenças de recursos materiais e recursos humanos não representem perigo para o paciente (LE BERRE *et al.*, 2017).

Ainda, transferências realizadas à noite e equipes com dimensionamento reduzido podem ser consideradas fatores de risco para a segurança do paciente. Porém, a necessidade de vagas e a superlotação de serviços de saúde fazem com que o processo possa ser abreviado em desfavor da transição mais adequada ao paciente. Essa urgência de realocação de pacientes pode gerar um cuidado focado

no profissional e nas demandas do serviço, traduzindo transições insatisfatórias para o paciente (HERBST *et al.*, 2018; PARENMARK *et al.*, 2019).

O paciente deve ser o centro do cuidado, com todas as ações visando seu bem estar, educação, reabilitação ou controle de sintomas. A mudança de cultura frente às concepções dos profissionais e pacientes sobre como realizar transições seguras é um fator importante para a promoção da continuidade do cuidado. Em ambientes que promovem o cuidado centrado no paciente, pode ser observado maior envolvimento e engajamento do próprio paciente e cuidadores, menores barreiras de comunicação, oferecendo bem estar psicológico, de modo a garantir a continuidade do cuidado e melhorar as percepções do paciente e da família sobre o cuidado recebido. Esta mudança de cultura deve reconhecer o paciente como centro do cuidado, considerando o paciente e seus cuidadores como parceiros da equipe multiprofissional (DE GROOD *et al.*, 2018; STELFOX *et al.*, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A pandemia de COVID-19 além de dizimar as vidas de milhares de brasileiros e de milhões de pessoas no mundo, ainda propiciou uma corrida por leitos de enfermaria e UTI, complicando ainda mais a situação das organizações hospitalares. A restrição ou proibição de visitas e acompanhantes é um fator que reduz a qualidade da transição no sentido de que a presença de um familiar ou cuidador promove mais segurança ao paciente, estabelece novas formas de cuidado e empodera o familiar/cuidador para os próximos passos que o paciente irá trilhar no caminho da transição segura.

O processo de alta hospitalar é composto por três fases sequenciais de acordo com Meleis (2010), a fase da hospitalização onde ocorre a preparação para alta; o momento durante a alta hospitalar quando os resultados da fase de preparação podem ser verificados e após a alta hospitalar quando o paciente deve avaliar suas habilidades e analisar a necessidade de suporte e cuidado.

Uma transição leva tempo e este tempo é necessário para que o paciente possa experimentar as diferentes estratégias e padrões de resposta e incorporá-los ao seu próprio repertório. O tempo necessário é variável e depende da natureza da mudança e na extensão que esta influencia outros aspectos da vida do indivíduo (MELEIS, 2010).

Os participantes entendem prioritariamente a transição como o momento da transferência, preocupando-se com os aspectos práticos como preparação de leito e

conferência de dispositivos. Além disso, quando a transição se inicia precocemente já no início da internação hospitalar com um plano antecipado de cuidados, se oferece um cuidado de acordo com as expectativas do paciente e familiares/cuidadores e ainda há potencial para redução de readmissões e melhora da qualidade de vida (FOX, 2013).

Entende-se que a transição pode ser liderada ou conduzida por alguma classe profissional em particular, como no caso dos enfermeiros. Estes profissionais atendem às demandas dos pacientes rotineiramente provocadas pelas transições. Além disso, os enfermeiros geralmente são os responsáveis em preparar o paciente e familiares ensinando novas habilidades no processo de saúde-doença como no processo de admissão hospitalar, alta hospitalar, recuperação, entre outros (MELEIS, 2010).

Em busca de otimizar o processo de transferência e alta hospitalar, foi introduzido em serviços de saúde a partir dos anos 1960 no Canadá, a enfermeira de ligação que atua com o objetivo de redução do tempo de internação e tem sido utilizada como estratégia para a identificação dos pacientes que apresentam necessidades de acompanhamento após a alta hospitalar e o estabelecimento de contrarreferência, podendo também ser utilizada entre as transições as quais os pacientes passam durante a internação hospitalar (AUED *et al.*, 2019; BERNARDINO *et al.*, 2010; TABANEJAD; PAZOKIAN; EBADI, 2014).

As enfermeiras de ligação se destacam pelo papel de coordenação do processo de alta hospitalar, agindo como pontos de convergência entre diferentes equipes de saúde e entre os membros de uma equipe. Neste contexto, a comunicação é um fator essencial para que as enfermeiras de ligação desempenhem sua função de colaboradoras e coordenadoras, fundamentado no cuidado centrado no paciente (AUED *et al.*, 2019; BERNARDINO *et al.*, 2010).

Assim como no TCM, este modelo de cuidado é guiado e liderado por enfermeiros. Hoje no CHC-UFPR as enfermeiras de ligação atendem à demanda de pacientes com necessidades complexas, que necessitam de acompanhamento prolongado ou contínuo na APS.

A comunicação foi um fator considerado essencial para a transição efetiva do paciente. A literatura corrobora com os participantes da pesquisa, sugerindo que é necessária uma reinvenção do processo de transferência do paciente, como práticas multimodais de comunicação (verbais e escritas) e o uso de ferramentas padronizadas

em busca da continuidade do cuidado (BOYD *et al.*, 2018; DE GROOD *et al.*, 2018; HOFFMAN *et al.*, 2017; STELFOX *et al.*, 2017).

Falhas de comunicação foram associadas a erros de medicação, insatisfação de pacientes, familiares e cuidadores com o cuidado recebido, insegurança dos profissionais quanto à qualidade do cuidado oferecido e desta forma, entende-se que a comunicação em todo o processo de transição deva ser padronizada (JONES; JOHNSTONE, 2019; LANE-FALL *et al.*, 2020).

A elaboração de ferramentas como *checklists* pode facilitar a assistência em saúde, no sentido de que proporcionam a sistematização do cuidado prestado, auxiliam na realização de rotinas complexas, aumentam a segurança do paciente, tem potencial para reduzir gastos e evitar desperdício de tempo e retrabalho dos profissionais (AMAYA *et al.*, 2016; SOPPA *et al.*, 2019; THONGPRAYOON *et al.*, 2016).

Parsons Leigh, *et al* (2020) desenvolveram um instrumento com objetivo de orientar os processos de transição de pacientes intra-hospitalar e na alta hospitalar, chamada de “*eTransfer tool*”. A pesquisa foi realizada em quatro hospitais no Canadá contando com a participação de médicos e enfermeiros.

Este estudo identificou oito itens essenciais que devem estar disponíveis na documentação de transferência. São eles, informações de entrada (data e hora da admissão no hospital, data e hora da admissão na UTI e data, hora e local da alta da UTI), objetivos do cuidado, alergias, diagnósticos e problemas (diagnóstico principal de entrada, motivo da internação na UTI, procedimentos e histórico médico), estadia na UTI (história da doença atual, resumo da internação, lista de problemas, necessidades de cuidados, dispositivos), investigação (exames relevantes), medicação (reconciliação medicamentosa) e finalmente, alta hospitalar (acompanhamento pelo médico da família, instruções ao paciente, consultas e encaminhamentos) (PARSONS LEIGH *et al.*, 2020).

O instrumento desta pesquisa mostra-se mais abrangente pela característica de ter utilidade nas variadas unidades de internação hospitalar, servindo tanto para transferências de UTI para enfermaria como o contrário, porém, não aborda questões específicas de alta hospitalar já que não são objetos de pesquisa deste estudo.

Outro estudo realizado no Canadá, com participação de 53 hospitais e 293 administradores hospitalares, objetivando analisar as características de instrumentos para transferência de paciente para elencar as informações essenciais que devem

estar contidas nesses materiais, resultou nos seguintes dados: dados demográficos do paciente e comorbidades pré-existentes, avaliação de risco (estado de fragilidade, gravidade da doença, objetivos de atendimento), informações do curso clínico do paciente (diagnóstico primário, problemas ativos e resolvidos), elementos pertinentes relacionados à revisão de sistemas (necessidade de isolamento, dispositivos intravasculares, drenos e cateteres) e documentação relacionada ao processo de transferência com um *checklist* de confirmação da realização da transferência verbal e escrita, envio e recebimento de informações dos profissionais responsáveis em cada unidade (BOYD *et al.*, 2018).

Estudo de Thongprayoon e colegas (2014) comparou a aplicação de um mesmo *checklist* para pacientes de cuidados intensivos em vias manual e informatizada, e chegou ao resultado que este instrumento aplicado por via informatizada tem potencial para reduzir tempo de trabalho, e erros de preenchimento.

O “*Checklist* de transferência interna de pacientes” foi concebido para preenchimento digitalizado em softwares como o *Microsoft Word*® ou *Adobe PDF*® editável ou preenchimento manual a partir de cópias impressas. Para facilitar a sua implantação em momento oportuno, poderia ser acrescentado ao sistema de prontuário eletrônico do hospital.

O uso de instrumentos em sistemas informatizados, têm função de facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde, tanto os que recebem o paciente em suas unidades quanto para aqueles que transmitem as informações necessárias. Assim, além de facilitar a comunicação, esses instrumentos funcionam de maneira melhor quando estão inseridas em um sistema eletrônico com fácil acesso às equipes, em conjunto ao prontuário médico (DE GROOD *et al.*, 2018, 2019; PARSONS LEIGH *et al.*, 2020, 2021).

Além disso, estudo de Thongprayoon, *et al* (2016), que incluía o preenchimento de *checklists* em versões manuais e digitalizadas por profissionais em UTIs encontrou que o preenchimento realizado por meio eletrônico oferece maior segurança e diminuição de erros, mesmo com tempo semelhante para completar a tarefa.

Apesar das vantagens para o uso de ferramentas informatizadas, De Grood *et al* (2018) chama a atenção para possíveis riscos relativos à privacidade dos pacientes com o uso da tecnologia e apresenta preocupações de como o uso destes pode diminuir o tempo de interação entre os profissionais e os pacientes e familiares/

cuidadores. A otimização do processo deve servir para que os profissionais tenham condições de estabelecerem vínculo com os pacientes, realizem uma assistência mais humanizada e de qualidade.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa atendeu majoritariamente aos objetivos propostos frente às readequações que foram necessárias devido à pandemia vigente desde março de 2020 e ainda sem previsão de fim. Foi necessário a retirada dos grupos focais para construção do protocolo devido medidas de segurança para evitar aglomerações, visto que não era possível realizar encontros presenciais frequentes durante a pandemia. Ainda a rotina dos profissionais sofreu severas mudanças com realocação de setores de trabalho, turnos de trabalho e aumento da carga de trabalho, o que impossibilitou a realização destes encontros de forma *online*.

A opção por elaborar o *checklist*, produto desta dissertação partiu da necessidade apresentada pelos participantes na padronização do processo de transferência dos pacientes e, ainda que a pesquisa não tenha abrangido todo o escopo dos cuidados de transição necessários para a promoção da continuidade do cuidado, pode se tornar uma ferramenta eficaz para reduzir falhas de comunicação.

As transições pelas quais os indivíduos e suas famílias passam são estudadas há mais de duas décadas e ainda são um campo de pesquisa rico para o estudo de novas abordagens que coloquem o paciente no centro do cuidado. Os participantes da pesquisa consideraram que a instrumentalização do processo de transferência tem potencial de promover transições mais seguras independente da unidade assistencial em que este encontra-se.

A enfermagem é a classe profissional que mais passa tempo com o paciente e os enfermeiros são descritos em diversos trabalhos como protagonistas ou líderes no processo de transição. A atuação das enfermeiras de ligação dentro das transições intra-hospitalares tem potencial para fornecer transferências mais seguras para os pacientes. Devido à falta de recursos humanos constante em instituições saúde, poderiam ser instituídos enfermeiros da assistência para serem os condutores das transferências intra-hospitalares.

A revisão de literatura apontou ferramentas importantes com potencial para fornecer documentação e condutas padronizadas como o uso do SOAP para evoluções clínicas, o uso de SBAR para passagens de plantão concisas e seguras, os planos multidisciplinares para atualização e conhecimento de toda a equipe de saúde responsável pelo paciente de sua história, problemas atuais, diretrizes de cuidado, planejamento de cuidados e planejamento antecipado de alta. Um achado

relevante nas pesquisas consultadas é a importância da reconciliação medicamentosa na diminuição de eventos adversos associados à assistência.

A contribuição deste trabalho para o hospital está em oferecer aos profissionais uma ferramenta simples, de fácil implantação e com potencial de atender às demandas profissionais de transições mais seguras, além de ser uma ferramenta que pode favorecer ao processo de transição do paciente.

Na visão da pesquisadora, este trabalho alterou de forma positiva a percepção sobre a complexidade das transições e um universo de conhecimentos puderam ser adquiridos, fornecendo uma nova visão acerca do caminho que o paciente percorre ao longo do processo de internação hospitalar e que este caminho deve ser pautado na centralidade do cuidado no paciente em busca da continuidade do cuidado.

A implementação do presente instrumento ainda necessita de validação, aprovação em comissões específicas do CHC-UFPR e diagramação conforme os padrões do hospital. Após esta etapa, seria relevante uma sensibilização da equipe com treinamentos e a avaliação periódica de efetividade da ferramenta.

Uma importante limitação deste estudo foi a falta de estudos que tratam da transição de pacientes para UTI, em contrapartida à quantidade de estudos que avaliam o caminho para a estabilidade e alta hospitalar. Ainda observamos a baixa participação de profissionais provenientes da enfermagem na adesão a esta pesquisa.

O estudo aponta o caminho para pesquisas futuras em transferências planejadas e não planejadas entre unidades não necessariamente de terapia intensiva e de que forma estas transferências afetam o processo de transição dos pacientes.

Sugere-se a elaboração de um protocolo completo de transição de pacientes orientando as melhores práticas para promoção da continuidade do cuidado desde a internação até a alta hospitalar com a participação dos profissionais e apoio institucional.

REFERÊNCIAS

- ACAUAN, Laura Vargas *et al.* Utilização do software Iramuteq para análise de dados qualitativos na enfermagem: um ensaio reflexivo. [s. l.], v. 24, p. e-1326, 2020. Disponível em: <https://doi.org/DOI: http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200063>
- ALLEN, Jacqueline *et al.* Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. **BMC health services research**, [s. l.], v. 14, p. 346, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-346>
- AMAYA, Marly Ryoko *et al.* Construção e validação de conteúdo de checklist para a segurança do paciente em emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 37, n. spe, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68778>. Acesso em: 7 mar. 2021.
- ARRUDA, Cecilia *et al.* Health care networks under the light of the complexity theory. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 169–173, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150023>. Acesso em: 3 jul. 2021.
- AUED, Gisele Knop *et al.* Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 27, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>. Acesso em: 20 mar. 2021.
- BERNARDINO, Elizabeth *et al.* Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 63, n. 3, p. 459–463, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000300018>. Acesso em: 7 jun. 2021.
- BOYD, Jamie M *et al.* Administrator Perspectives on ICU-to-Ward Transfers and Content Contained in Existing Transfer Tools: a Cross-sectional Survey. **Journal of General Internal Medicine**, [s. l.], v. 33, n. 10, p. 1738–1745, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4590-8>
- BRASIL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988** Brasília: 2016. p. 1–202.
- BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990** Brasília: 1990. p. 1–16.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados**. Brasília: [s. n.], 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: [s. n.], 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)** Brasília: 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº463, de 01 de abril de 2014. Redefine a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do sistema único de saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado** Brasília: 2014. p. 1–8.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2019**. [S. l.: s. n.], 2020. *E-book*.
- BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 77–101, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>. Acesso em: 7 mar. 2021.
- BURKE, Robert E *et al.* Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. **Journal of hospital medicine**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 102–109, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jhm.1990>

CAMARGO, Brigido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. [S. l.: s. n.], 2013. Disponível em: www.r-project.org. Acesso em: 7 fev. 2021.

CHABOYER, Wendy; JAMES, Heather; KENDALL, Melissa. Transitional Care After the Intensive Care Unit: Current Trends and Future Directions. **Critical Care Nurse**, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 16–28, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.4037/ccn2005.25.3.16>

CHEW, Bi Hui *et al.* Interprofessional bedside rounds: Nurse-physician collaboration and perceived barriers in an Asian hospital. **Journal of interprofessional care**, England, v. 33, n. 6, p. 820–822, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1566218>

CHICK, N; MELEIS, A I. **Transitions: A nursing concern**. Boulder: Aspen Publication, 1986. *E-book*.

COLEMAN, Eric A. *et al.* The care transitions intervention: Results of a randomized controlled trial. **Archives of Internal Medicine**, [s. l.], v. 166, n. 17, p. 1822–1828, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archinte.166.17.1822>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Guia de recomendações para Registro de Enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem**. [S. l.: s. n.], 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução Cfm Nº 1.638, De 10 De Julho De 2002**. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. **Coordenação De Estudos Legislativos - Cedi**, 2002. Disponível em: http://www.sbp.org.br/arquivos/Resolucao_CFM_1638_2002.pdf

COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da *et al.* **The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain**. [S. l.: s. n.], 2019. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018017803477>

COSTA, Lanna. Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. **Enfermagem Brasil**, [s. l.], v. 15, p. 137, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>

CZERWONKA, Anna I *et al.* Changing support needs of survivors of complex critical illness and their family caregivers across the care continuum: A qualitative pilot study of Towards RECOVER. **Journal of Critical Care**, [s. l.], v. 30, n. 2, p. 242–249, 2015. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.10.017>

DE GROOD, Chloe *et al.* Identifying essential elements to include in Intensive Care Unit to hospital ward transfer summaries: A consensus methodology. **Journal of Critical Care**, [s. l.], v. 49, p. 27–32, 2019. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.10.001>

DE GROOD, Chloe *et al.* Patient, family and provider experiences with transfers from intensive care unit to hospital ward: a multicentre qualitative study. **Canadian Medical Association Journal**, [s. l.], v. 190, n. 22, p. E669 LP-E676, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1503/cmaj.170588>

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Dimensionamento de Serviços Hospitalares CHC-UFPR**. Brasília: [s. n.], 2014. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/15796/102826/dimensionamento_assistencial_hc_e_maternidade_ufrp.pdf/5dcac215-c03f-45b3-8b3a-d8059e88dbea. Acesso em 01/12/2019.

FACCHINETTI, Gabriella *et al.* Continuity of care interventions for preventing hospital readmission of older people with chronic diseases: A meta-analysis. **International Journal of Nursing Studies**, [s. l.], v. 101, p. 103396, 2020. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103396>

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2002.

GONZALO, Jed D *et al.* Interprofessional collaborative care characteristics and the occurrence

of bedside interprofessional rounds: a cross-sectional analysis. **BMC health services research**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 459, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1714-x>

GUEDES, Marcelo Barbosa Otoni Gonçalves *et al.* Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 27, n. 4, p. 1185–1204, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000400017>. Acesso em: 7 jun. 2021.

HAGGERTY, Jeannie L *et al.* Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**, [s. l.], v. 327, n. 7425, p. 1219–1221, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>

HAHN-GOLDBERG, Shoshana *et al.* Tool development to improve medication information transfer to patients during transitions of care: A participatory action research and design thinking methodology approach. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, [s. l.], 2021. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.04.002>

HEMESATH, Melissa Prade *et al.* Comunicação eficaz nas transferências temporárias do cuidado de pacientes hospitalizados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 40, n. spe, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180325>. Acesso em: 1 jun. 2021.

HERBST, Lori A *et al.* Going back to the ward—transitioning care back to the ward team. **Translational Pediatrics**, [s. l.], v. 7, n. 4, 2018. Disponível em: <https://tp.amegroups.com/article/view/21178>

HERRIDGE, Margaret S. Fifty Years of Research in ARDS. Long-Term Follow-up after Acute Respiratory Distress Syndrome. Insights for Managing Medical Complexity after Critical Illness. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, [s. l.], v. 196, n. 11, p. 1380–1384, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1164/rccm.201704-0815ED>

HIRSCHMAN, Karen B *et al.* Continuity of Care: The Transitional Care Model. **Online journal of issues in nursing**, United States, v. 20, n. 3, p. 1, 2015.

HOFFMAN, Rebecca L *et al.* Development and implementation of a risk identification tool to facilitate critical care transitions for high-risk surgical patients. **International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care**, [s. l.], v. 29, n. 3, p. 412–419, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx032>

JONES, A; JOHNSTONE, M.-J. Managing gaps in the continuity of nursing care to enhance patient safety. **Collegian**, Monash Medical Centre, 246 Clayton Road, Clayton, VIC 3168, Australia, v. 26, n. 1, p. 151–157, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.06.006>

KALICHMAN, Artur Olhovetchi; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 32, n. 8, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183415>. Acesso em: 3 jul. 2021.

KING, J *et al.* Identifying patients' support needs following critical illness: a scoping review of the qualitative literature. **Critical Care**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 187, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2441-6>

LAMAS, Daniela J *et al.* Opening the Door: The Experience of Chronic Critical Illness in a Long-Term Acute Care Hospital. **Critical care medicine**, United States, v. 45, n. 4, p. e357–e362, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002094>

LANE-FALL, Meghan B *et al.* A Partially Structured Postoperative Handoff Protocol Improves Communication in 2 Mixed Surgical Intensive Care Units: Findings From the Handoffs and Transitions in Critical Care (HATRICC) Prospective Cohort Study. **Annals of surgery**, United States, v. 271, n. 3, p. 484–493, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003137>

LE BERRE, Mélanie *et al.* Impact of Transitional Care Services for Chronically Ill Older

Patients: A Systematic Evidence Review. **Journal of the American Geriatrics Society**, United States, v. 65, n. 7, p. 1597–1608, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.14828>

LIMA, Maria Alice Dias da Silva *et al.* Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 39, n. 0, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>. Acesso em: 8 ago. 2020.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA JR, Jarbas Barbosa da. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 151–164, 2013. Disponível em: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100016>

MELEIS, Afaf Ibrahim. **Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice**. Nova York: [s. n.], 2010. *E-book*.

MÜLLER, Martin *et al.* Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. **BMJ Open**, [s. l.], v. 8, n. 8, p. e022202, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2018-022202>. Acesso em: 7 jun. 2021.

NAYLOR, Mary D. *et al.* Adaptations of the evidence-based Transitional Care Model in the U.S. **Social Science and Medicine**, [s. l.], v. 213, p. 28–36, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.023>

NAYLOR, Mary D *et al.* Components of Comprehensive and Effective Transitional Care. **JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY**, 111 RIVER ST, HOBOKEN 07030-5774, NJ USA, v. 65, n. 6, p. 1119–1125, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.14782>

NAYLOR, Mary D. *et al.* **Engaging older adults in their transitional care: What more needs to be done?**. [S. l.: s. n.], 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.2217/cer.13.58>

NAYLOR, Mary; KEATING, Stacen A. Transitional care. **The American journal of nursing**, [s. l.], v. 108, n. 9 Suppl, p. 58–63; quiz 63, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336420.34946.3a>

NÓBREGA, Vanessa Medeiros da *et al.* Chronic disease in childhood and adolescence: continuity of care in the Health Care Network. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 51, n. 0, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016042503226>. Acesso em: 7 mar. 2021.

O'ROURKE, Jennifer *et al.* A Delphi study to identify the core components of nurse to nurse handoff. **Journal of Advanced Nursing**, [s. l.], v. 74, n. 7, p. 1659–1671, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.13565>

PARENMARK, Fredric *et al.* Reducing night-time discharge from intensive care. A nationwide improvement project with public display of ICU outcomes. **Journal of critical care**, United States, v. 49, p. 7–13, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.09.022>

PARSONS LEIGH, Jeanna *et al.* Effectiveness of an Electronic Communication Tool on Transitions in Care From the Intensive Care Unit: Protocol for a Cluster-Specific Pre-Post Trial. **JMIR research protocols**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. e18675, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/18675>

PARSONS LEIGH, Jeanna *et al.* Improving transitions in care from intensive care units: Development and pilot testing of an electronic communication tool for healthcare providers. **Journal of critical care**, United States, v. 56, p. 265–272, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.01.019>

PARSONS LEIGH, Jeanna *et al.* Protocol to describe the analysis of text-based communication in medical records for patients discharged from intensive care to hospital ward. **BMJ Open**, [s. l.], v. 6, n. 7, p. e012200, 2016. Disponível em:

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012200>

PETERS, J S. Role of transitional care measures in the prevention of readmission after critical illness. **Critical Care Nurse**, Johns Hopkins University, School of Nursing, Baltimore, MD, United States, v. 37, n. 1, p. e10–e17, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.4037/ccn2017218>

POLIT, Denise; BECK, Cheryl. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PROTASIO, Ane Poline Lacerda *et al.* Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 38, n. special, p. 209–220, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S016>. Acesso em: 3 jul. 2020.

RAITEN, Jesse M *et al.* Transition of Care in the Cardiothoracic Intensive Care Unit: A Review of Handoffs in Perioperative Cardiothoracic and Vascular Practice. **Journal of cardiothoracic and vascular anesthesia**, United States, v. 29, n. 4, p. 1089–1095, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.jvca.2015.01.003>

RAMOS, Daniela Karine *et al.* Elaboration of questionnaires: some contributions. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 8, n. 3, p. e4183828, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v8i3.828>

REDMOND, Patrick *et al.* Impact of medication reconciliation for improving transitions of care. **COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS**, 111 RIVER ST, HOBOKEN 07030-5774, NJ USA, n. 8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010791.pub2>

SANTOS, Calize Oliveira dos *et al.* Reconciliação de medicamentos: processo de implantação em um complexo hospitalar com a utilização de sistema eletrônico. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 43, n. 121, p. 368–377, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912106>. Acesso em: 7 jun. 2021.

SCHEFFER, Mario *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo: [s. n.], 2020. Disponível em: https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf.

SCHULZ, Renata S.; SILVA, Maristela F. Análise da evolução dos registros de enfermagem numa unidade cirúrgica após implantação do método SOAP. **Brazilian Journal of Health and Biomedical Sciences / BJHBS**, [s. l.], v. 10, n. 0, p. 91–99, 2011.

SCOTT, Allison M *et al.* Understanding Facilitators and Barriers to Care Transitions: Insights from Project ACHIEVE Site Visits. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, [s. l.], v. 43, n. 9, p. 433–447, 2017. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.02.012>

SHARMA, Sandeep; HASHMI, Muhammad F; FRIEDE, Rotem. Interprofessional Rounds in the ICU. *In*: Treasure Island (FL): [s. n.], 2021.

SILVA, Manoel Carlos Neri da; MACHADO, Maria Helena. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 1, p. 7–13, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27572019>. Acesso em: 7 jun. 2021.

SILVA, Simone Santana da; ASSIS, Marluce Maria Araújo; SANTOS, Adriano Maia dos. ENFERMEIRA COMO PROTAGONISTA DO GERENCIAMENTO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DIFERENTES OLHARES ANALISADORES. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s. l.], v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001090016>. Acesso em: 20 mar. 2021.

SOPPA, Francielli Brito da Fonseca *et al.* Checklist em hemodiálise: construção e validação de ferramenta para segurança no cuidado intensivo. **Revista de Administração em Saúde**, [s. l.], v. 19, n. 74, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.23973/ras.74.155>

SOTO, G E *et al.* Implementation and impact analysis of a transitional care pathway for patients

presenting to the emergency department with cardiac-related complaints. **BMC Health Services Research**, SoutheastHEALTH, 1701 Lacey Street, Cape Girardeau, MO 63701, United States, v. 18, n. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3482-2>

STELFOX, Henry T *et al.* A multi-center prospective cohort study of patient transfers from the intensive care unit to the hospital ward. **Intensive Care Medicine**, [s. l.], v. 43, n. 10, p. 1485–1494, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4910-1>

STELFOX, Henry T *et al.* Identifying intensive care unit discharge planning tools: protocol for a scoping review. **BMJ Open**, [s. l.], v. 3, n. 4, p. e002653, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002653>

TABANEJAD, Zeinab; PAZOKIAN, Marzieh; EBADI, Abbas. A Systematic Review of the Liaison Nurse Role on Patient's Outcomes after Intensive Care Unit Discharge. **International journal of community based nursing and midwifery**, [s. l.], v. 2, n. 4, p. 202–210, 2014.

THONGPRAYOON, Charat *et al.* The Effect of an Electronic Checklist on Critical Care Provider Workload, Errors, and Performance. **Journal of intensive care medicine**, United States, v. 31, n. 3, p. 205–212, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0885066614558015>

UTZUMI, Fernanda Catafesta *et al.* CONTINUIDADE DO CUIDADO E O INTERACIONISMO SIMBÓLICO: UM ENTENDIMENTO POSSÍVEL. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s. l.], v. 27, n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>. Acesso em: 7 jun. 2021.

VAN SLUISVELD, N *et al.* Improving clinical handover between intensive care unit and general ward professionals at intensive care unit discharge. **Intensive Care Medicine**, IQ healthcare, Radboud Institute for Health Sciences, Radboud University Medical Center, 9101, Nijmegen, 6500 HB, Netherlands, v. 41, n. 4, p. 589–604, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00134-015-3666-8>

VERAS, Renato Peixoto; GOMES, João André Cruz; MACEDO, Sandro Tadeu. Coordination of care increases the quality of care and reduces costs. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s. l.], v. 22, n. 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190073>. Acesso em: 7 jun. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services**. Genebra: [s. n.], 2018. *E-book*.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medication safety in Transitions of care**. Genebra: [s. n.], 2019. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/TransitionOfCare.pdf?ua=1>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety**. Genebra: [s. n.], 2017. *E-book*.

YEAMAN, Brian; KO, Kelly J; ALVAREZ DEL CASTILLO, Rodolfo. Care Transitions in Long-term Care and Acute Care: Health Information Exchange and Readmission Rates. **Online journal of issues in nursing**, United States, v. 20, n. 3, p. 5, 2015.

ZONNEVELD, Nick; RAAB, Jörg; MINKMAN, Mirella M N. Towards a values framework for integrated health services: an international Delphi study. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 224, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5008-y>

APÊNDICE A

APÊNDICE A: CARTA-CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NO ESTUDO

Prezada,

Dirijo-me à Vossa Senhoria para convidar-lhe a participar da pesquisa intitulada *Cuidados de transição como estratégia para continuidade do cuidado entre unidades intra-hospitalares*. O estudo pretende avaliar as ações de cuidados de transição realizadas pelos profissionais da equipe multiprofissional e elaborar um protocolo de cuidados de transição a fim de garantir a continuidade do cuidado durante as transições entre unidades assistências intra-hospitalares.

A pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Setor de Ciências da Saúde da UFPR – Prática do Cuidado em Saúde (Mestrado Profissional) e tem como orientadora a Prof.^a Dr.^a Elizabeth Bernardino.

Os resultados desta pesquisa proporcionarão aos leitores, estudantes, profissionais e pesquisadores ferramentas para efetivação dos cuidados de transição com vistas à garantia de continuidade de cuidado e melhor assistência ao paciente.

Agradeço desde já sua colaboração e disposição em participar da construção deste conhecimento.

Atenciosamente,

Camila Rorato

APÊNDICE B

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O PARTICIPANTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Prof.^a Dr.^a Elizabeth Bernardino (professora) e Camila Rorato (aluna de pós-graduação) da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, profissional de saúde atuante na assistência aos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva, Centro de Terapia Semi Intensiva e Enfermaria de Clínica Médica a participar de um estudo intitulado “Cuidados de Transição como estratégia para Continuidade do Cuidado entre Unidades Intra-hospitalares”. ESTE PROJETO DE PESQUISA FOI APROVADO POR MEIO DO PROTOCOLO Nº 4.413.880 do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná e está inscrito na Plataforma Brasil por meio do CAAE 34646920.9.0000.0102.

Os cuidados de transição são definidos como um conjunto de ações destinadas a garantir a coordenação e continuidade do cuidado seguras e eficazes, quando os pacientes experimentam uma mudança no estado de saúde, nas necessidades de cuidados, nos prestadores de cuidados de saúde ou entre diferentes níveis de atenção, são uma abordagem eficaz para aprimorar o atendimento ao paciente, evitar reinternações, erros médicos e eventos adversos.

- a) O objetivo desta pesquisa é realizar a capacitação da equipe multiprofissional atuante nestas unidades em abordagens efetivas de cuidados de transição e elaborar um protocolo para sistematizar o processo de transição dos pacientes entre as unidades hospitalares.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessária a sua participação nas seguintes etapas: responder um questionário sobre o conhecimento acerca dos cuidados de transição e participar de oficinas sobre o tema da pesquisa.
- c) Para tanto, as pesquisadoras disponibilizarão os questionários nas unidades de trabalho dos participantes e de modo online, por meio de envio de correio eletrônico e serão realizadas três oficinas com tempo médio de uma hora e duração estimada de três semanas. As oficinas acontecerão na própria instituição com horário e local a definir.
- d) É possível que você experimente algum desconforto, que pode ser relacionado ao desconhecimento do tema ou constrangimento ao responder ao questionário e na participação das oficinas. A qualquer momento você pode recusar-se a participar da pesquisa ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa e ter a garantia da devolução do TCLE assinado sem prejuízo ao participante.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

- e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser desconforto, cansaço, aborrecimento ou constrangimento ao responder os questionários de pesquisa e participar das oficinas de grupo, relacionado ao desconhecimento acerca do tema.
- f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: identificação dos desafios para a continuidade do cuidado na transição dos pacientes entre as unidades assistenciais, na perspectiva da equipe multiprofissional; construção de um protocolo de cuidados de transição entre as unidades intra-hospitalares; contribuições na qualidade da assistência prestada por meio da continuidade do cuidado. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.
- g) As pesquisadoras Elizabeth Bernardino e Camila Rorato responsáveis por este estudo poderão ser localizadas de segunda a sexta de 08:00h às 16:00h; no Endereço: Av. Prefeito Lothário Meissner, 632 - Bloco Didático II - Jardim Botânico, Curitiba - PR - Brasil e pelos telefones em horário comercial de 08:00h às 18:00h, Camila Rorato (41) 988017429 e Elizabeth Bernardino (41) 33613752 para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas e serão armazenadas em arquivo físico sob guarda e responsabilidade das pesquisadoras. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.
- j) O material obtido – questionários, diários de campo, anotações dos participantes – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado ao término do estudo, dentro de um período de cinco anos.
- k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa como materiais de escritório e impressões não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
- l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Nome por extenso, legível do Participante e/ou Responsável Legal

Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

Nome extenso do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Curitiba, _____.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

APÊNDICE C

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Idade:

- ☐ 20 A 30 Anos
- ☐ 31 A 40 Anos
- ☐ 41 A 50 Anos
- ☐ Mais De 50 Anos

Gênero:

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino
- ☐ Prefiro Não Informar

Nível De Escolaridade (Maior Titulação):

- ☐ Técnico
- ☐ Graduação
- ☐ Pós Graduação *Lato Sensu*
- ☐ Residência
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutorado

Formação:

- ☐ Enfermeiro (A)
- ☐ Fisioterapeuta
- ☐ Fonoaudiólogo (A)
- ☐ Médico (A)
- ☐ Nutricionista
- ☐ Odontólogo
- ☐ Psicólogo (A)
- ☐ Técnico Em Enfermagem

Tempo De Formação:

- ☐ Menos De 5 Anos
- ☐ Entre 5 E 10 Anos
- ☐ Entre 11 E 20 Anos
- ☐ Mais De 20 Anos

Tempo De Trabalho Na Unidade Atual:

- ☐ Menos De 5 Anos
- ☐ Entre 5 E 10 Anos
- ☐ Entre 11 E 20 Anos
- ☐ Mais De 20 Anos

APÊNDICE D

APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO “CONHECIMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ACERCA DE CUIDADOS DE TRANSIÇÃO”

- 1- Você conhece a existência de protocolo de transição/transferência na sua unidade?
- () Sim
() Não
- 2- Se sim, quais informações estão contidas neste protocolo?
- 3- Como você descreveria sua experiência na transição/transferência do paciente da UTI para Enfermaria e/ou da Enfermaria para UTI?
- 4- Quais informações você considera essenciais serem recebidas?
- () Diagnóstico principal
() Diagnósticos secundários
() Medicações em uso
() Alergias
() Plano de tratamento atual
() Objetivos do tratamento atual
() Resultados de exames
() Pendências
() Status cognitivo
() Nível de dependência assistencial
() Diretrizes avançadas de vida
() Planejamento para alta hospitalar
() Disponibilidade de apoio familiar
() Outro:
- 5- Quais informações você considera essenciais serem repassadas?
- () Diagnóstico principal
() Diagnósticos secundários
() Medicações em uso
() Alergias
() Plano de tratamento atual
() Objetivos do tratamento atual
() Resultados de exames
() Pendências
() Status cognitivo
() Nível de dependência assistencial
() Diretrizes avançadas de vida
() Planejamento para alta hospitalar
() Disponibilidade de apoio familiar
() Outro:
- 6- De que maneira você considera que essas informações devem ser repassadas?

- 7- Quais as principais dificuldades observadas durante a transição/transferência entre as unidades mencionadas?
- 8- Qual é o momento ideal para o processo de transição iniciar?
- 9- Quais são os agentes que devem estar implicados no processo de transição?
- 10- Você tem algo a acrescentar?

APÊNDICE E

APÊNDICE E – VINHETA

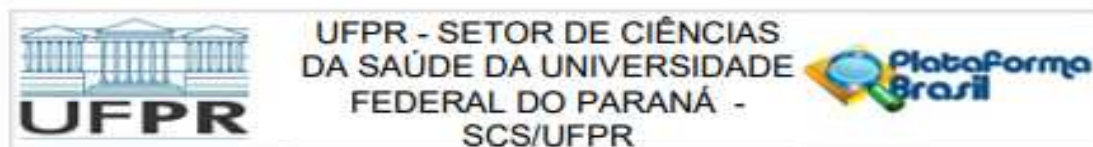
A **continuidade do cuidado**¹ é definida como a relação entre um único profissional e um paciente que se estende além de episódios específicos de doença. Continuidade implica um senso de afiliação entre pacientes e seus profissionais, muitas vezes expresso como um contrato implícito de lealdade pelo paciente e responsabilidade clínica pelo profissional. Pode ser classificada em quatro esferas²:

| Relacional | Gerencial | Informacional | Longitudinal |
|--|---|--|---|
| Experiência subjetiva da relação de cuidado entre um paciente e um profissional de saúde | Colaboração eficaz de equipes através dos níveis de atenção para oferecer cuidado | Disponibilidade e de informações psicossociais em todos os encontros profissionais | História da interação com o mesmo profissional de saúde em uma série de episódios distintos |

Cuidados de transição³ são definidos como um conjunto de ações destinadas a garantir a coordenação e continuidade do cuidado, quando os pacientes experimentam uma mudança no estado de saúde, nas necessidades de cuidados, de prestadores de cuidados de saúde, em diferentes locais ou em diferentes níveis de cuidados do mesmo local.

- 1- HAGGERTY, J. L., et al. CONTINUITY OF CARE: A MULTIDISCIPLINARY REVIEW. BMJ, 327(7425), 1219–1221, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>.
- 2- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services**. Genebra, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628>.
- 3- HIRSCHMAN, K. et al. CONTINUITY OF CARE: THE TRANSITIONAL CARE MODEL. **OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing** Vol. 20, No. 3, Manuscript 1. Set 2015. Disponível em: <https://doi:10.3912/OJIN.Vol20No03Man01>.

ANEXO 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cuidados de transição como estratégia para continuidade do cuidado entre unidades intrahospitalares

Pesquisador: Elizabeth Bernardino

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 34646920.9.0000.0102

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.413.880

Apresentação do Projeto:

Projeto intitulado "Cuidados de transição como estratégia para continuidade do cuidado entre unidades intrahospitalares" oriundo do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem -Programa Prática do Cuidado e da Saúde da UFPR

Pesquisador Principal: Profa. Dra. Elizabeth Bernardino

Colaborador(es): Enfa. mestranda Camila Rorato

Local de Realização: Hospital de Clínicas: Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Terapia Semi Intensiva e Unidade de Clínica Médica

Período da Pesquisa: da autorização do Comitê de Ética até julho de 2021

Desenho:

Pesquisa qualitativa, de abordagem exploratória na forma de uma pesquisa-intervenção. O pesquisador espera ter como participantes os membros da equipe multiprofissional (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos) que atuam nas unidades de terapia intensiva, unidade de terapia semi intensiva e enfermaria de clínica médica. Os critérios de inclusão são, não estar de férias e/ou licença no período de coleta de dados, assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Os critérios de exclusão são estar de férias e/ou

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

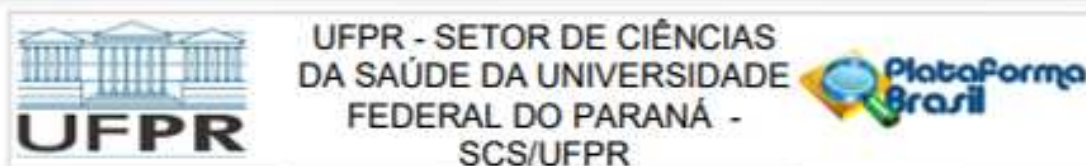
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7299

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.413.880

licença no período de coleta de dados. A coleta de dados ocorrerá por meio de questionário com questões abertas e fechadas, que será enviado por meio de correio eletrônico e acessado pelo Google forms, criação de grupo de mensagens em aplicativo de mensagens instantâneas, oficinas de grupo sobre a temática de forma que ao fim do estudo seja possível a criação de um protocolo de cuidados de transição.

Planos para o recrutamento do participante da pesquisa

Para o recrutamento dos participantes, a proposta será apresentada em reunião com a equipe multiprofissional e será encaminhado um convite digital para a participação dos profissionais nos encontros. Os encontros serão realizadas no hospital, com as datas e a duração previamente acordado com os participantes. Na primeira oficina, será realizado a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo 03), serão esclarecidas as dúvidas e apresentado os objetivos do estudo.

Critério de Inclusão:

Para os participantes: Profissionais de saúde pertencentes à equipe multiprofissional dos setores supracitados, que aceitem participar do estudo e que assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critério de Exclusão:

Profissionais de saúde pertencentes à equipe multiprofissional dos setores supracitados, em períodos de férias ou outros afastamentos e que se recusem a participar da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Implementar ações de Cuidados de Transição como estratégia para continuidade de cuidado entre unidades assistenciais intrahospitalares.

Objetivos Secundários:

- a) Mapear as ações de cuidados de transição utilizadas;
- b) Mapear estratégias para implementação das ações;
- c) Desenvolver protocolo de cuidados de transição.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

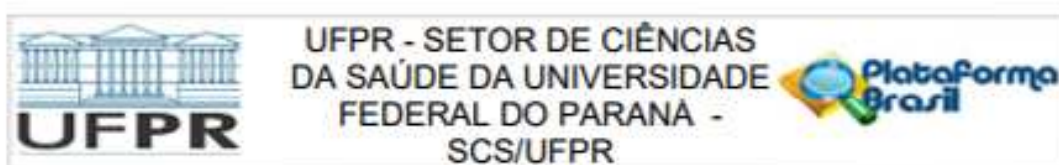
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.413.880

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo as autoras em relação aos riscos:

"Os procedimentos utilizados nessa pesquisa não oferecem risco à integridade física, psíquica ou moral do participante. Também, nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos dignidade. Contudo, alguns riscos indiretos podem relacionados ao estudo como um possível desconforto e/ou conflitos e interesse ao responder as questões propostas e participar das oficinas em grupo".

Em relação aos benefícios:

"Os benefícios esperados com essa pesquisa são: identificação dos desafios para a continuidade do cuidado na transição dos pacientes entre as unidades assistenciais, na perspectiva da equipe multiprofissional; construção de um protocolo de cuidados de transição entre as unidades intrahospitalares; contribuições na qualidade da assistência prestada por meio da continuidade do cuidado"

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para os profissionais que trabalham na assistência a pacientes hospitalizados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências do parecer anterior foram atendidas. O projeto está aprovado.

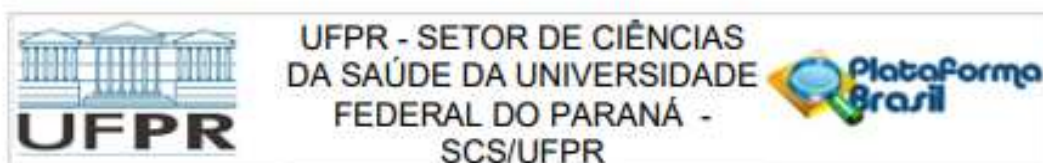
Favor inserir em seu TCLE e TALE o número do CAAE e o número do Parecer de aprovação, para que possa aplicar aos participantes de sua pesquisa, conforme decisão da Coordenação do CEP/SD de 13 de julho de 2020.

Após o isolamento, retornaremos à obrigatoriedade do carimbo e assinatura nos termos. Qualquer dúvida, retornar e-mail ou pelo WhatsApp 41-3360-7259.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo:

| | |
|--|---------------------------------------|
| Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar | |
| Bairro: Alto da Glória | CEP: 80.060-240 |
| UF: PR | Município: CURITIBA |
| Telefone: (41)3360-7259 | E-mail: cometica.saude@ufpr.br |



Continuação do Parecer: 4.413.880

NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|---------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1564547.pdf | 20/10/2020 13:55:33 | | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | cartasimplesout.docx | 20/10/2020 13:55:14 | CAMILA RORATO | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | tclecorrigidoout.docx | 20/10/2020 13:54:56 | CAMILA RORATO | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | CARTASIMPLES1.pdf | 15/09/2020 10:16:50 | CAMILA RORATO | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | tclecorrigidoaposparecer1.docx | 25/08/2020 11:44:53 | CAMILA RORATO | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | termodecompromissocorrigido1.pdf | 25/08/2020 11:44:25 | CAMILA RORATO | Aceito |
| Declaração de concordância | concordancia.pdf | 07/07/2020 15:43:21 | CAMILA RORATO | Aceito |
| Outros | checklist.pdf | 07/07/2020 15:35:42 | CAMILA RORATO | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEWORD.docx | 23/06/2020 22:33:04 | CAMILA RORATO | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETOCOMPLETOCEP.doc | 23/06/2020 22:16:37 | CAMILA RORATO | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | declaracaorientador.pdf | 18/06/2020 11:25:22 | CAMILA RORATO | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | cartapesquisadorcep.pdf | 18/06/2020 11:23:58 | CAMILA RORATO | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaderosto.pdf | 18/06/2020 | CAMILA RORATO | Aceito |

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -
SCS/UFPR



Continuação do Parecer: 4.413.880

| | | | | |
|-----------------------------|---------------------------|------------------------|---------------|--------|
| Folha de Rosto | folhaderosto.pdf | 11:23:33 | CAMILA RORATO | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | analisedemerito.pdf | 18/06/2020 11:22:35 | CAMILA RORATO | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | declaracaocompromisso.pdf | 15/06/2020 16:53:15 | CAMILA RORATO | Aceito |
| Outros | extratodeata.pdf | 02/06/2020 11:39:57 | CAMILA RORATO | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 23 de Novembro de 2020

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 295 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br